

| | |
|-----------------------|--|
| Tierärztin / Tierarzt | |
| Name / Vorname | |
| Anschrift | |

Landkreis/ kreisfreie Stadt/ Region (Name, Anschrift)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Anzeige über die Abgabe von Tierimpfstoffen¹ gemäß § 44 der Verordnung über Sera, Impfstoffe und Antigene nach dem Tierseuchengesetz (Tierimpfstoff-Verordnung) vom 24.10.2006 (BGBl. I S. 2355) i.g.F.

Hiermit zeige ich die Abgabe des / der u. a. Impfstoffe(s) für **das laufende Kalenderjahr** an den folgenden **berufs- und gewerbsmäßigen** Tierhalter an:

| | |
|---|--|
| Name und Anschrift des Tierhalters | |
| | |
| Betriebsnummer bzw. Veterinärkontrollnummer | Ggf. Stallanschrift (falls abweichend von Tierhalteranschrift) |
| | |

| Impfstoff | Hersteller | Abgabe | |
|-----------|------------|--------------------------|--------------------------|
| | | erstmalig | wiederholt |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Im Falle der erstmaligen Abgabe ist ein Anwendungsplan beigelegt.

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich benötige eine Bestätigung meiner Anzeige | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

| | | | | |
|-----|------|-------|--|------------------------------------|
| | ,den | | | |
| Ort | | Datum | | Unterschrift Tierärztin / Tierarzt |

¹ Mit diesem Vordruck kann auch die Abgabe von Mitteln i. S. des § 1 Nr. 1 der Tierimpfstoff-VO angezeigt werden, die zur Anwendung am Tier bestimmt sind.
Die grau unterlegten Felder bitte ausfüllen



Anlage zur Anzeige vom (Datum):

Anschrift anzeigende(r) Tierärztin / Tierarzt

| | | |
|--|--|--|
| | Anwendungsplan für den Tierhalter¹ | |
|--|--|--|

a) Impfstoffbezeichnung und Hersteller

b) Indikation:

c) Anwendungszeitpunkt oder Anwendungszeitraum:

d) Anzahl (alternativ Anzahl Stallplätze) und nähere Bezeichnung der Tiere:

e) Lagerungs- und Anwendungshinweise für den Tierhalter sowie ein Hinweis auf Wartezeit (sofern erforderlich)

f) Zeitplan für die Kontrollen nach §44 Abs. 3 und 4 der Tierimpfstoff-Verordnung :

¹ Bitte grau unterlegte Felder ausfüllen, mindestens ein Impfplan je Erkrankung