

Anzeige über die Abgabe von Tierimpfstoffen

| | |
|------------------------------|--|
| 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"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Im Falle der erstmaligen Abgabe ist ein Anwendungsplan beigefügt.

Ich benötige eine Bestätigung meiner Anzeige ja 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