

VETERINÄRBESCHEINIGUNG
im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebs gemäß Artikel 4 der Delegierten Verordnung (EU)
2019/624 der Kommission

Name des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin: _____ Nr. _____

1. Identifizierung der Tiere

Art: _____ Anzahl: _____

Kennzeichnung: _____ Eigentümer der Tiere: _____

2. Ort der Notschlachtung

Anschrift: _____

Kennnummer des Betriebes: _____

3. Bestimmungsort der Tiere

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert: _____

mit folgendem Transportmittel: _____

4. sonstige zweckdienliche Angaben

5. Erklärung

Der/Die Unterzeichnete erklärt:

(1) Die in Teil I bezeichneten Tiere wurden am _____ (Datum) um _____ (Uhrzeit) am vorgenannten Ort der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden.

(2) Die Tiere wurden am _____ (Datum) um _____ (Uhrzeit) geschlachtet und die Schlachtung und das Ausbluten wurden ordnungsgemäß durchgeführt.

(3) Die Notschlachtung wurde aus folgendem Grund durchgeführt: _____

(4) In Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz wurden Folgendes festgestellt: _____

(5) Das Tier/die Tiere hat/haben folgende Behandlungen erhalten: _____

(6) Die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren genügten den gesetzlichen Vorschriften und standen einer Schlachtung der Tiere nicht entgegen.

Ausgestellt in (Ort): _____

Ausgestellt am (Datum): _____

Stempel

Unterschrift der/des amtl. Tierarztes/Tierärztin)