

VETERINÄRBESCHEINIGUNG

im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebs

Name des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin
Nummer

1. Identifizierung der Tiere	
Art	
Anzahl Tiere	
Kennzeichnung	
Eigentümer der Tiere	

2. Ort der Notschlachtung	
Anschrift	
Kennnummer des Betriebs	

3. Bestimmungsort der Tiere	
Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert:	
Transportmittel	

4. Sonstige zweckdienliche Angaben	

5. Erklärungen: Der/Die Unterzeichnende erklärt		
(1)	Die in Teil I bezeichneten Tiere wurden am	
	Um diese Uhrzeit	
	am vorgenannten Ort der Schlacht tieruntersuchung unterzogen und für schlachtauglich befunden.	
(2)	Die Tiere wurden am (Datum)	
	Um diese 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 wurde 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)		
Am (Datum)		
Stempel		
Unterschrift des/der amtlichen Tierarztes/Tierärztin		