Anlage 1:

Muster Gesundheitsbescheinigung im Falle einer Notschlachtung außerhalb eines Schlachtbetriebes

**Amtliche Bescheinigung**

**im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebes**

Name des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin:

……….………………………………………………………………………………..

Nr.: …………………………………………………………………………………….

1. Identifizierung der Tiere

Tierart: ………………………………………………………………………………

Anzahl der Tiere: ………………………………………………………………….

Kennzeichnung: …………………………………………………………………..

1. Ort der Notschlachtung

Anschrift: …………………………………………………………………………..

Kennnummer des Betriebes\*: ………………………………………………….

1. Angaben zur Bestimmung der Tiere

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert:

………………………………………………………………………………………..

mit folgendem Transportmittel: ………………………………………………….

1. Andere relevante Angaben

………………………………………………………………………………………..

1. Erklärung  
   Der/Die Unterzeichnete erklärt, dass:  
   (1) die oben bezeichneten Tiere am ……… (Datum) um ………….. Uhr im  
    vorgenannten Betrieb der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für  
    schlachttauglich befunden wurden;

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

(3) die Notschlachtung aus folgendem Grund durchgeführt wurde:

………………………………………………………………………………………..  
(4) Folgendes in Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz festgestellt wurde

…………………………………………………………………………………………

(5) das Tier/die Tiere folgende Behandlungen erhalten hat/haben:   
 ………………………………………………………………………………………….  
(6) die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren den   
 gesetzlichen Vorschriften genügten und einer Schlachtung der Tiere nicht  
 entgegenstanden.

Ausgestellt in …………………………(Ort) am ………………………(Datum)

(Stempel) .…………..…………………………………………………..…

(Unterschrift des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin)

(\*)optional