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