

## Tierische Lebensmittel-Hygieneverordnung

nach Anlage 8 (zu § 12 Abs. 1)

**Begleitschein**  
zu einer außerhalb eines Schlachthofes erfolgten Notschlachtung eines frischverletzten Tieres  
nach Anhang III Abschnitt I Kapitel VI der Verordnung (EG) Nr. 853/2004

### 1. Angaben zum Tier:

Tierart: ..... Rasse: ..... Geschlecht: ..... Alter: .....

Ohrmarken-, Chip-, Equidenpass-Nr., oder Tätowierung .....

### 2. Der unterzeichnende Lebensmittelunternehmer

.....  
Name und Adresse

.....  
Registriernummer des Erzeugerbetriebs

erklärt:

#### a) Erklärung zum Tier

Das unter Nummer 1 beschriebene Tier wird zum Schlachthof

.....

in ..... gebracht.

Das Tier

– hat keine verbotenen oder nicht als Arzneimittel zugelassenen oder registrierten oder nicht als Futtermittelzusatzstoffe  
zugelassenen Stoffe mit pharmakologischer Wirkung erhalten,

– ist mit zugelassenen oder registrierten Arzneimitteln behandelt worden:  Ja  Nein  
Wenn ja, Angabe des/der Arzneimittel, des Behandlungsdatums/der Behandlungsdaten und ggf. der Wartezeit/en

.....

#### b) Erklärung zur Gegenprobe

Der Verfügungsberechtigte verzichtet bei Untersuchungen im Rahmen des nationalen Rückstandskontrollplans und bei  
Hemmstoffproben auf eine Gegenprobe<sup>1)</sup>.

.....  
(Ort)

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift des Lebensmittelunternehmers)

<sup>1)</sup> Bei Nichtzutreffen streichen

**3. Der unterzeichnende Tierarzt erklärt, dass das unter Nummer 1 beschriebene transportunfähige Tier**

— am ..... um ..... im Erzeugerbetrieb  
(Datum) (Uhrzeit)

.....  
(Name und Adresse des Erzeugerbetriebs)

von ihm untersucht und, abgesehen von kurz vor der Schlachtung aufgrund eines Unfalls entstandenen Verletzungen, für gesund befunden worden ist;

— am ..... um ..... In dem vorgenannten Betrieb geschlachtet worden ist.  
(Datum) (Uhrzeit)

**Ergebnis der Schlachttieruntersuchung:**

Körpertemperatur: ..... °C Herzschlagfrequenz: ..... Atemfrequenz: .....

Sonstige Befunde: .....

.....

**Grund der Notschlachtung:**

Diagnose

Verdachtsdiagnose

.....

Es wurde eine Behandlung durch den unterzeichnenden Tierarzt durchgeführt:

Ja

Nein

Wenn ja, durchgeführte Behandlung:

.....

.....

.....  
(Ort)

.....  
(Datum)

.....  
(Name und Unterschrift des Tierarztes)