

VETERINÄRBESCHEINIGUNG

im Fall einer **NOTSCHLACHTUNG** außerhalb des Schlachtbetriebs gemäß Artikel 4 der Delegierten Verordnung 2019/ 624 i. V. m. der Durchführung -Verordnung 2020/ 2235

Name und Nummer des amtlichen Tierarztes/ der amtlichen Tierärztin.....
.....

1. Identifizierung des Tieres/ der Tiere

Tierart.....Anzahl:.....

Kennzeichnung:

Eigentümer der Tiere:

2. Ort der Notschlachtung

Anschrift:

Kennnummer des Betriebes (optional):

3. Bestimmungsort des Tieres/ der Tiere

Das Tier/ die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb transportiert:

mit folgendem Transportmittel:

4. Sonstige zweckdienliche Angaben:

5. Erklärung

Der/ Die Unterzeichnende erklärt:

1. Das/ die in Teil 1 genannten Tier/e wurde (n) am..... (Datum) um (Uhrzeit) am vorgeannten Ort einer Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden.
2. Das/ die Tier/ e wurde (n) am(Datum) um(Uhrzeit) geschlachtet und die Schlachtung und das Entbluten 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 haben folgende Behandlung erhalten
6. Die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren genügen den gesetzlichen Vorschriften und standen der Schlachtung des Tieres/ der Tiere nicht entgegen.

Ausgestellt in.....am

(Ort)

(Datum)

Praxisstempel

.....
(Unterschrift des/ der amtlichen Tierarztes/ Tierärztin)