

KAPITEL 5

**MUSTER DER VETERINÄRBESCHEINIGUNG IM FALL EINER NOTSCHLACHTUNG AUßERHALB DES
SCHLACHTBETRIEBS GEMÄß ARTIKEL 4 DER DELEGIERTEN VERORDNUNG (EU) 2019/624**

Name des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin:

Nr.:

1. Identifizierung der Tiere

Art:

Anzahl Tiere:

Identitätskennzeichen:

Eigentümer der Tiere:

2. Ort der Notschlachtung

Anschrift:

Kennnummer des Betriebs *:

3. Bestimmungsort der Tiere

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert:

.....

mit folgendem Transportmittel:

4. Sonstige zweckdienliche Angaben

.....

5. Erklärung

Der/Die Unterzeichnete erklärt:

a) Die unter Nummer 1 bezeichneten Tiere wurden am (Datum) um (Uhrzeit) am unter Nummer 2 genannten Ort der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden.

b) Die Tiere wurden am (Datum) um (Uhrzeit) geschlachtet und die Schlachtung und das Ausbluten wurden ordnungsgemäß durchgeführt.

c) Die Notschlachtung wurde aus folgendem Grund durchgeführt:

d) In Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz wurde Folgendes bei diesen Tieren festgestellt:

e) Er/Sie hat die Informationen zur Lebensmittelkette überprüft.

Ausgestellt in:

(Ort)

am:

(Datum)

Stempel

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

* Optional.