

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.