

Landkreis Ludwigslust-Parchim/ Fachdienst Veterinär- und Lebensmittelüberwachung/ Postfach 1263/ 19362 Parchim/ E-Mail: veterinaeramt@kreis-lup.de/ Fax: 03871-722-3999

**Datum:** \_\_\_\_\_ **amtl. Tierarzt:** \_\_\_\_\_ **Nr.:** \_\_\_\_\_

fortlaufende Belegnummer

**Auftraggeber:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ VVVO-Nr.: \_\_\_\_\_

Tierart	Anzahl Lebend- beschau	Anzahl Fleisch- beschau	Kennzeichnung (Ohrmarke, Wildmarke, Chipnummer, sonstiges)	Geburtsdatum	Befund/ untaugliche Teile	Trichinen- proben- entnahme	Trichinen- unter- suchung	taug- lich	untaug- lich
---------	---------------------------	----------------------------	--	--------------	------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------

Ochse									
Bulle									
Kuh									
Färse (12,1 - 27 Mon.)									
Jungrind m (8-12 Mon.)									
Jungrind w (8-12 Mon.)									
Kalb < 8 Mon.									

Mastschwein									
Sau, Eber									
Ferkel (< 25 kg)									

Schaf > 12 Mon.									
Lamm < 12 Mon.					<small>Bitte Alter angeben</small>				

Ziege > 12 Mon.									
Ziege < 12 Mon.					<small>Bitte Alter angeben</small>				

Einhufer, sonst. Tiere									
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schwarzwild									
sonstiges									
						<b>Summe:</b>			

Hiermit bestätige ich die vorstehenden Angaben und im Falle der Trichinenuntersuchung, dass ich darüber informiert wurde, dass das Ergebnis als negativ gilt, wenn bis zum .....(Datum) .....Uhr keine andere Information vom Labor erteilt wird.

Führt der amtliche Tierarzt die Trichinenuntersuchung nicht selbst durch, sind Datum und Uhrzeit zu streichen. Es ergeht ein gesonderter Gebührenbescheid. Das Gebührenverzeichnis ist auf der Internetseite des Landkreises einsehbar.

.....  
Datum, Unterschrift

**Fahrtennachweis des amtlichen Tierarztes**

Datum	Von (Uhr)	Bis (Uhr)	Startort	Zielort	Endeort	Anz. Km
-------	-----------	-----------	----------	---------	---------	---------

--	--	--	--	--	--	--

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

zusätzliche Kuriertätigkeit für Probentransport: \_\_\_\_\_ km

.....  
Datum, Unterschrift amtlicher Tierarzt