

**Besitzer/Einsender**

Betriebsnummer
Name, Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Kreis

Auftragsnummer LUA
Eingangsstempel LUA

**Tierarzt**

Betriebsnummer
Name, Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Ergebnis an  Tierbesitzer  Tierarzt  Veterinäramt  Sonstige \_\_\_\_\_  
 Rechnung an  Tierbesitzer  Tierarzt  Veterinäramt  Sonstige \_\_\_\_\_

**Es muss für jede Herde ein eigener Antrag benutzt werden!**

<u>Untersuchungsgrund</u>	
<input type="checkbox"/> <b>Betriebliche Eigenkontrolle</b> (gemäß geltendem EU-Recht)  <b>2 Proben pro Herde!</b> <input type="checkbox"/> _____ x Sockentupfer-Paare <input type="checkbox"/> _____ x Sammelkot (mind. 150g/Probe) * <input type="checkbox"/> _____ x Sonstiges (bitte angeben) _____	<input type="checkbox"/> <b>Amtliche Untersuchung durch Veterinäramt</b> (gemäß geltendem EU-Recht) <input type="checkbox"/> Routineprobe <input type="checkbox"/> Verdachts- und Verfolgungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Weitere Angaben: _____  <b>3 Proben pro Herde!</b> <input type="checkbox"/> _____ x Sockentupfer-Paare <input type="checkbox"/> _____ x Sammelkot (mind. 150g/Probe) * <input type="checkbox"/> _____ x Sonstiges (bitte angeben) _____
* <b>Achtung: Sammelkot nur bei Käfighaltung und nicht begehbaren Mobilställen</b>	

**Angaben zur Einsendung**

Probenbez. \_\_\_\_\_ Herdenbez. \_\_\_\_\_ Anzahl Tiere dieser Herde \_\_\_\_\_  
 Wurde diese Herde dieses Jahr bereits untersucht?  Nein  Ja falls ja: Betrieblich / Amtlich  
 (betreffendes bitte unterstreichen)

**Angaben zum Betrieb**
Nutzungsrichtung/Betriebsgröße

Legehennen \_\_\_\_\_  Masthühner \_\_\_\_\_  Sonstiges (bitte angeben) \_\_\_\_\_  
 Anzahl Herden im Betrieb gesamt \_\_\_\_\_ Haltungsplätze im Betrieb gesamt \_\_\_\_\_

Haltungsformen

Boden-/Volierenhaltung  Freilandhaltung  Käfighaltung

Salmonellen-Lebendimpfstoff

Salmovac SE (IDT)  AviPro Salmonella Vac E (LAH)  Sonstige: \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_

Mit der Befundmitteilung an das Veterinäramt bin ich einverstanden. Durch das Einverständnis wird die Mitteilungspflicht des Betriebsbesitzers gemäß GfISalmV an das zuständige Veterinäramt erfüllt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei der Befundmitteilung auf detaillierte Angaben zu den angewandten Verfahren verzichtet wird. Diese können auf schriftliche Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

Datum der Probenentnahme \_\_\_\_\_

Unterschrift Besitzer \_\_\_\_\_

Unterschrift Tierarzt \_\_\_\_\_