

Kreis Kleve  
 Veterinärangelegenheiten- und  
 Lebensmittelüberwachung  
 Nassauer Allee 16  
 47533 Kleve  
 Tel.: 02821 / 85-520  
 Fax: 02821 / 85-230

Tierarztpraxis

--

**Anzeige zur Impfstoffabgabe nach § 44 Abs.6 Tierimpfstoff-Verordnung**

Kalenderjahr 20 \_\_\_\_

Hiermit zeige ich die Abgabe folgender Impfstoffe an den nachfolgend genannten Bestand gemäß §44 (6) der Verordnung über Sera, Impfstoffe und Antigene nach dem Tiergesundheitsgesetz (Tierimpfstoff-Verordnung) vom 24.Oktober 2006 an.

<b>Tierhalter</b>	TSK-Nr.	
	Name:	Vorname:
	Straße:	PLZ / Ort:
<b>Anwender</b>	Name:	
	Vorname:	
	Straße:	PLZ / Ort:

**Abgegebene Impfstoffe**

Handelsname	Hersteller (Inhaber der Zulassung)	erstmalig	Wdh.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Der Tierhalter wurde von mir in der Anwendung des/der Mittel/s unterwiesen.
- Der Bestand wird von mir regelmäßig tierärztlich betreut.
- Dem Tierhalter wurde der Anwendungsplan entsprechend §44 Abs. 1 Nr. 3 der Tierimpfstoff-Verordnung ausgehändigt. Sofern die Abgabe eines Impfstoffs erstmalig angezeigt wird, liegt der **Anwendungsplan** als Kopie bei!

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 (Ort) (Datum) Unterschrift Praxisinhaber

Hinweis: Erfolgt die Abgabe des/der Mittel/s über mehrere Kalenderjahre, hat der Tierarzt für jedes neue Kalenderjahr, und zwar zu Beginn eines solchen, die Abgabe erneut schriftlich anzuzeigen.