

# Begleitschein

zu einer außerhalb eines Schlachthofes erfolgten Notschlachtung eines frisch  
verletzten Tieres nach Anhang III Abschnitt I Kapitel VI der Verordnung (EG)  
Nr. 853/2004

## 1.) Angaben zum Tier:

Tierart: \_\_\_\_\_ Rasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Ohrmarken-, Chip- oder Equidenpass-Nr. oder Tätowierung\*): \_\_\_\_\_

## 2.) Die unterzeichnende Lebensmittelunternehmerin / der unterzeichnende Lebensmittelunternehmer

Name, Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Registriernummer des Erzeugerbetriebes: \_\_\_\_\_

### erklärt:

Das unter Nummer 1 beschriebene Tier wird zum Schlachthof

\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ gebracht.

### Das Tier

- hat keine verbotenen oder nicht als Arzneimittel zugelassenen oder registrierten oder  
nicht als Futtermittelzusatzstoffe zugelassenen Stoffe mit pharmakologischer Wirkung  
erhalten,

- ist mit zugelassenen oder registrierten Arzneimitteln behandelt worden: **Ja** **Nein**

Wenn ja, Angabe des/der Arzneimittel(s), des/der Behandlungsdatums/-en und ggf. der  
Wartezeit/-en

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Lebensmittelunternehmerin /  
des Lebensmittelunternehmers)

\*) Nicht Zutreffendes streichen

**3.) Die unterzeichnende Tierärztin / der unterzeichnende Tierarzt erklärt, dass das unter Nummer 1 beschriebene transportunfähige Tier**

- am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr im Erzeugerbetrieb \_\_\_\_\_,  
Str./Nr.: \_\_\_\_\_ in PLZ, Ort.: \_\_\_\_\_,  
von ihm untersucht und, abgesehen von kurz vor der Schlachtung aufgrund eines Unfalles entstandenen Verletzungen, für gesund befunden worden ist;  
- am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr in dem vorgenannten Betrieb geschlachtet worden ist.

**Ergebnis der Schlachtieruntersuchung**

Körpertemperatur: \_\_\_\_\_ °C    Herzschlagfrequenz: \_\_\_\_\_    Atemfrequenz: \_\_\_\_\_

Sonstige Befunde: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Grund der Notschlachtung (Diagnose / Verdachtsdiagnose\*)**

\_\_\_\_\_

Es wurde eine Behandlung durch die/den unterzeichnende(n) Tierärztin/Tierarzt durchgeführt:    **Ja**    **Nein**

Wenn ja, durchgeführte Behandlung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Name und Unterschrift der Tierärztin/des Tierarztes, Stempel)

**4.) Die amtliche Tierärztin / der amtliche Tierarzt, die/der die Fleischuntersuchung des geschlachteten, unter Nr. 1 beschriebenen Tieres durchgeführt hat, erklärt:**

Die im Rahmen der Fleischuntersuchung erhobenen Befunde haben die Angaben zur Notschlachtung unter Nr. 3 (kurz vor der Schlachtung aufgrund eines Unfalles entstandene Verletzungen, kein Krankheitszustand) bestätigt und ergeben eine Diagnose, die die Beurteilung „genusstauglich“ zulässt.    **Ja**    **Nein**

Wenn nein, Angabe der Befunde, die

- die Erklärung unter Nr. 3 nicht plausibel erscheinen ließen und den Abbruch der Fleischuntersuchung sowie die vorläufige Beschlagnahme des geschlachteten Tieres bedingt bzw.

- unter Beachtung der Vorgaben nach Anhang III Abschnitt I Kapitel VI Nr. 7 der Verordnung (EG) Nr. 853/2004 in Verbindung mit Anhang I Abschnitt II Kapitel V der Verordnung (EG) Nr. 854/2004 die Beurteilung „genussuntauglich“ erfordert haben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift der amtlichen Tierärztin/des amtlichen Tierarztes)