



Sau gut
Sau
schnell!

Landschlachtereie

G. H. Diekmann

Uhlenflucht 25

49632 Essen-Brookstreek

Tel. 05434/2360 - Fax 809260

Mobil: 0172/ 4361678

Begleitschein

zu einer Notschlachtung eines frisch verletzten Tieres nach Anhang III Abschnitt I Kapitel IV Nr. 2c der Verordnung (EG) Nr. 853/2004 in einer mobilen Schlachteinheit, die als Teil eines Schlachthofes zugelassen ist

1.) Angaben zum Tier:

Tierart: _____ Rasse: _____ Geschlecht: _____ Alter: _____
Ohrmarken-, Chip- oder Equidenpass-Nr. oder Tätowierung*): _____

2.) Die unterzeichnende amtliche Tierärztin/der unterzeichnende amtliche Tierarzt erklärt, dass

das unter Nummer 1.) beschriebene

- transportunfähige lebende Tier am _____ um _____ Uhr im Herkunftsbetrieb _____, Str./Nr.: _____

In PLZ, Ort.: _____, Von ihr/ihm untersucht worden ist und, abgesehen von kurz vor der Schlachtung aufgrund eines

Unfalls entstandenen Verletzungen, für gesund befunden wurde;

- das oben bezeichnete Tier am _____ (Datum) um _____ (Uhrzeit) in der mobilen Schlachteinheit mit der Kfz-Nr: **CLP - DB - 62** geschlachtet wurde.

Ergebniss der Schlacht tieruntersuchung

Körpertemperatur: _____ °C Herzschlagfrequenz: _____ Atemfrequenz: _____

Sonstige Befunde: _____

Grund der Notschlachtung (Diagnose / Verdachtsdiagnose*)

(Ort, Datum)

(Name und Unterschrift der amtlichen Tierärztin / des amtlichen Tierarztes)

*) Nicht Zutreffendes streichen

3.) Die unterzeichnende Lebensmittelunternehmerin / der unterzeichnende Lebensmittelunternehmer*

Name, Adresse: _____

Registriernummer des Erzeugerbetriebes: _____

erklärt:

Das unter Nummer 1.) beschriebene Tier wird zum Schlachthof **Landschlachtereier G.H. Diekmann, Uhlenflucht 25** in **49632 Essen/Brokstreek** gebracht.

Das Tier

- hat keine verbotenen bzw. nicht als Arzneimittel zugelassenen oder registrierten sowie als Futtermittelzusatzstoffe zugelassenen Stoffe mit pharmakologischer Wirkung erhalten,
 - ist mit zugelassenen bzw. registrierten Arzneimitteln behandelt worden,
- Ja Nein

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

(Ort, Datum)

Unterschrift der Lebensmittelunternehmerin/
des Lebensmittelunternehmers*)

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

Die im Rahmen der Fleischuntersuchung erhobenen Befunde haben den unter 2.) angegebenen Grund der Notschlachtung sowie das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Notschlachtung außerhalb eines Schlachthofes (frische Verletzung, kein Krankheitszustand) bestätigt und ergeben eine Diagnose, die die Beurteilung „genussstauglich“ zulässt.

Ja **Nein**

Wenn nein, Angabe der Befunde, die unter Beachtung der Vorgaben nach 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)