



AMTLICHE BESCHEINIGUNG
im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebs

(entspricht . Anh. V der Durchführungsverordnung (EU) 2019/628)

Name des/der amtlichen Tierarztes/Tierärztin:

Nr.:

1. Identifizierung der Tiere

Tierart:

Anzahl der Tiere:

Kennzeichnung:

2. Ort der Notschlachtung

Anschrift:

Kennnummer des Betriebs (optional):

3. Angaben zur Bestimmung der Tiere

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert:

mit folgendem Transportmittel:

4. Andere relevante Angaben:

5. Erklärung

Der/Die Unterzeichnende erklärt, dass:

(1) die oben bezeichneten Tiere am _____ (Datum) um _____ Uhr
im vorgenannten Betrieb der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für
schlachttauglich befunden wurden;

(2) die Tiere am _____ um _____ Uhr im Betriebs geschlachtet wurden
und die Schlachtung und das Ausbluten ordnungsgemäß durchgeführt wurden,

(3) die Notschlachtung aus folgendem Grund durchgeführt wurde

(4) Folgendes in Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz festgestellt wurde:

(5) das Tier/die Tiere folgende Behandlungen erhalten hat/haben:

(6) die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren den gesetzlichen
Vorschriften genügten und einer Schlachtung der Tiere nicht entgegenstanden.

Ausgestellt in/am: (Ort)

(Datum)

Stempel und Unterschrift des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin