

**StädteRegion Aachen**

Der Städteregionsrat  
Amt für Verbraucherschutz, Tierschutz und Veterinärwesen  
Carlo-Schmid-Str. 4  
52146 Würselen



Telefon: 0241 / 5198-0    Telefax: 02405/95018  
E-Mail: [vetamt@staedteregion-aachen.de](mailto:vetamt@staedteregion-aachen.de)

**Begleitschein**

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

**1. Angaben zum Tier:**

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

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

**2. 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 Futtermittelzusatzstoff zugelassenen Stoffe mit pharmakologischer Wirkung erhalten,
  - ist mit zugelassenen oder registrierten Arzneimitteln behandelt worden: **Ja / Nein \***.
- Wenn ja, Angabe des/der Arzneimittel, des Behandlungsdatums/der Behandlungsdaten und ggf. der Wartezeit/en.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum) \_\_\_\_\_ (Unterschrift des Lebensmittelunternehmers)

**3. Der unterzeichnende Tierarzt erklärt, dass das unter Nummer 1 beschriebene transportunfähige Tier**

- am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ im Erzeugerbetrieb  
(Datum) (Uhrzeit)

\_\_\_\_\_ (Name und Adresse des Erzeugerbetriebes)

von ihm untersucht und, abgesehen von kurz vor der Schlachtung aufgrund eines Unfalls entstandenen Verletzungen, für gesund befunden worden ist;

- am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ in dem vorgenannten Betrieb geschlachtet worden ist.  
(Datum) (Uhrzeit)

## Ergebnis der Schlachttieruntersuchung

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

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es wurde eine Behandlung durch den unterzeichnenden Tierarzt durchgeführt: **Ja / Nein \***

Wenn ja, durchgeführte Behandlung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Ort, Datum)*

*(Name und Unterschrift des Tierarztes)*

---

**\*) Nicht Zutreffendes streichen**

QM\_FB\_42 (FH) Rev. A01

Stand: Mai 2012