Gesundheitsmeldung für Hausgeflügel

(12h bis 72h vor der Schlachtung)

## Herkunftsbetrieb

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname: |  |
| Str. / Nr.: |  |
| PLZ / Ort: |  |
| TVD-/BUR-Nummer: |  |
| VETA-Nr.: |  |
| Telefonnummer: |  |

## Tierart

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Masthühner | Legehennen | Andere: |

## Bestimmungsort

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schlachtbetrieb: |  | |
| Vorgesehenes Schlachtdatum: |  | |
| Anzahl Tiere zur Schlachtung: | Anzahl: | Alter: |

## Informationen zur Lebensmittelkette

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzahl Tiere eingestallt / Datum | Anzahl: | | Datum: | |
| Teilausstallung / Datum | Ja | Nein | Datum: | |
| Sterblichkeit während der Mast in % |  | | | |
| Salmonellenuntersuchung | Ja | Nein | Datum: | Befund: |
| Krankheiten während der Mast / Legezeit |  | | | |
| Legehühner: Verletzungen | Ja | Nein | | |

|  |
| --- |
| Bemerkungen der Tierhalterin / des Tierhalters zu Auffälligkeiten während der Mast/Legezeit: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Bestätigung der Seuchenfreiheit

Der Herkunftsbetrieb ist keinen seuchenpolizeilichen Massnahmen unterworfen

## Bestätigung über Medikamenteneinsatz/Futtermittel mit Wirkstoffen und Tiergesundheit

|  |  |
| --- | --- |
|  | die unter Punkt 2 aufgeführte Herde ist gesund und in den letzten 10 Tagen nicht krank gewesen |
|  | alle Absetzfristen nach einer allfälligen Behandlung mit Arzneimitteln sind abgelaufen. |
|  | die unter Punkt 2 aufgeführte Herde hat keine Medikamente / Futtermittel mit Wirkstoffen erhalten, die im Fleisch Rückstände in unzulässigen Konzentrationen verursachen können |

|  |
| --- |
| Grund, falls diese Angaben nicht bestätigt werden können: |
|  |
|  |
|  |

## Verladehinweis

|  |  |
| --- | --- |
| Planungsvorgabe | Anzahl Tiere pro Transportgitter: |
| tatsächlich vor Ort verladen | Anzahl Tiere pro Transportgitter: |

## Unterschrift der verantwortlichen Tierhalterin / des verantwortlichen Tierhalters

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum: | Unterschrift: |

## Besondere Vorkommnisse in der Zeit zwischen dem Versand der Gesundheitsmeldung bis zur Zeit des Transports

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nein | Ja | Grund: |

## Unterschrift der verantwortlichen Tierhalterin / des verantwortlichen Tierhalters

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum: | Unterschrift: |

## Transport

|  |  |
| --- | --- |
| Abfahrtszeit: |  |
| Ankunftszeit: |  |
| Fahrtdauer: |  |

## Unterschrift der verantwortlichen Fahrerin / des verantwortlichen Fahrers

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum: | Unterschrift: |