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: |