

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

(Anlage 8 zu § 12 Abs. 1 Tierische Lebensmittel-Hygieneverordnung)

**1. Angaben zum Tier:**

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

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

**2. Der unterzeichnende Lebensmittelunternehmer (Tierhalter)**

Name, Adresse:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Registriernummer des Erzeugerbetriebs: \_\_\_\_\_

**erklärt:**

Das unter Nummer 1 beschriebene Tier wird zum Schlachthof/Schlachtbetrieb:

in: \_\_\_\_\_ gebracht.

Das Tier

- hat keine verbotenen oder nicht als Arzneimittel zugelassenen oder registrierten oder nicht als Futtermittelzusatzstoffe 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 Erzeugerbetriebs)

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 Schlachtieruntersuchung**

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)

\*) Unzutreffendes bitte streichen