

Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung
 Platanenallee 16
 59425 Unna
 Fon: 0 23 03 / 27-15 39
 Fax: 0 23 03 / 27-14 99

Tierarztpraxis

Anzeige zur Impfstoffabgabe nach § 44 Abs.6 Tierimpfstoff-Verordnung

Kalenderjahr 20_

Hiermit zeige ich die Abgabe folgender Impfstoffe an den nachfolgend genannten Bestand gemäß §44 (5) der Verordnung über Sera, Impfstoffe und Antigene nach dem Tierseuchengesetz (Tierimpfstoff-Verordnung) vom 24.Oktober 2006 an.

Tierhalter	TSK-Nr.	
	Name	Vorname
	Straße	PLZ / Ort
Anwender	Name	Vorname
	Straße	PLZ / Ort

Abgegebene Impfstoffe

Handelsname	Hersteller (Inhaber der Zulassung)	erstmalig	Wiederhlg.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die erstmalige Abgabe ist die Vorlage des Anwendungsplanes notwendig!

Ort, Datum	Unterschrift des Praxisinhabers
------------	---------------------------------