

**VETERINÄRBESCHEINIGUNG**  
*im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebs*

Name des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin: .....

Nr.: .....

**1. Identifizierung der Tiere**

Art: .....

Anzahl Tiere: .....

Kennzeichnung: .....

Eigentümer der Tiere: .....

**2. Ort der Notschlachtung**

Anschrift: .....

Kennnummer des Betriebs (\*): .....

**3. Bestimmungsort der Tiere**

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert:

.....

mit folgendem Transportmittel: .....

**4. Sonstige zweckdienliche Angaben**

.....

**5. Erklärung**

Der Unterzeichner/Die Unterzeichnende erklärt:

(1) Die in Teil I bezeichneten Tiere wurden am ..... (Datum) um ..... (Uhrzeit) am vorgenannten Ort der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden.

(2) Die Tiere wurden am ..... (Datum) um ..... (Uhrzeit) geschlachtet und die Schlachtung und das Ausbluten wurden ordnungsgemäß durchgeführt.

(3) Grund der Notschlachtung: .....,

(4) In Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz wurde Folgendes festgestellt: .....,

(5) Das Tier hat /Die Tiere haben folgende Behandlungen erhalten: .....

(6) Die Aufzeichnungen und sonstigen Unterlagen zu diesen Tieren genügten den gesetzlichen Vorschriften und standen einer Schlachtung der Tiere nicht entgegen.

Ausgestellt in: .....,

(Ort)

am: .....

(Datum)

Stempel

.....  
(Unterschrift des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin)

(\*) Optional.