

**Amtliche Bescheinigung Nr.: _____
im Fall einer Notschlachtung außerhalb des Schlachtbetriebes¹**

Name des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin:

1. Identifizierung der Tiere

Tierart: _____ Anzahl der Tiere: _____

Kennzeichnung: _____

2. Ort der Notschlachtung

Anschrift: _____

Kennnummer des Betriebes*: _____

3. Angaben zur Bestimmung der Tiere

Die Tiere werden zu folgendem Schlachtbetrieb befördert:

_____ mit folgendem Transportmittel: _____

4. Andere relevante Angaben:

5. Erklärung

Der/Die Unterzeichnete erklärt, dass:

(1) die oben bezeichneten Tiere am _____ (Datum) um _____ Uhr im vorgenannten Betrieb der Schlachttieruntersuchung unterzogen und für schlachttauglich befunden wurden;

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

(3) die Notschlachtung aus folgendem Grund durchgeführt wurde (Diagnose):

(4) Folgendes in Bezug auf Tiergesundheit und Tierschutz festgestellt wurde:

Körpertemperatur: _____ Herzfrequenz: _____ Atemfrequenz: _____

Sonstige Befunde: _____

(5) das Tier/die Tiere folgende Behandlungen erhalten hat/haben:

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

Ausgestellt in _____
(Ort)

am _____
(Datum)

(Stempel)

(Unterschrift des amtlichen Tierarztes/der amtlichen Tierärztin)

(*)optional

_____ ¹ Gem. Artikel 4 der delegierte Verordnung (EU) 2019/624 der Kommission vom 8. Februar 2019 mit besonderen Bestimmungen für die Durchführung amtlicher Kontrollen der Fleischerzeugung sowie von Erzeugungs- und Umsetzgebieten für lebende Muscheln gemäß der Verordnung (EU) 2017/625 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L 131, vom 17.5.2019, S. 1).