

**HINWEIS:** Bitte für jedes Leistungsdatum ein neues Formular verwenden

**Tierarzt**

Betriebsregistriernummer ( HIT-Nr. )

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**Tierhalter**

Betriebsregistriernummer ( HIT-Nr. )

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Tierseuchenkassen-Nr.

□ □ □ □ □ □ □ □

Standort:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tierart  Rind  Mutterkühe in Freilandhaltung  Schwein  Schaf  Ziege

Datum der Maßnahme (tt.mm.jj)

□ □ . □ □ . □ □ □ □

Probenzahl gesamt:

□ □ □ □

Untersuchung auf:

Probenzahl

Leukose

□ □ □ □

Brucellose

□ □ □ □

BHV-1

□ □ □ □

Maedi/Visna

□ □ □ □

Untersuchung auf:

Probenzahl

Aujeszky (AK)

□ □ □ □

Europäische  
Schweinepest

□ □ □ □

CAE

□ □ □ □

Tuberkulinisierung (ohne Tuberkulin):

□ □ □ □

Davon Tiere mit Simultantest

□ □ □ □

Abortabklärung (Blutentnahme):

□ □ □ □

Hiermit bestätige ich, diese Maßnahme ordnungsgemäß durchgeführt zu haben und beantrage die Beihilfeauszahlung auf folgendes Konto:

Zahlungsempfänger

Name der Bank

Konto-Nr.

BLZ

Datum/Unterschrift/Stempel Tierarzt

Unterschrift des Tierbesitzers

Datum, geprüft, sachlich richtig  
Veterinäramt