

HINWEIS: Bitte für jedes Leistungsdatum ein neues Formular verwenden

Tierarzt

Betriebsregistriernummer (HIT-Nr.)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Abrechnungsart

- ich möchte allein abrechnen
- ich möchte die Abrechnung mit der Tierärztliche Verrechnungsstelle Heide in Anspruch nehmen

Tierbestand

- reiner Mastbestand
- anderer Bestand

Tierhalter

Betriebsregistriernummer (HIT-Nr.)

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Tierseuchenkassen-Nr.

□ □ □ □ □ □ □ □

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Standort

Tierart Rind Mutterkühe in Freilandhaltung Schwein Schaf Ziege

Datum der Maßnahme (tt.mm.jj) □ □ □ . □ □ □ . □ □ □ □ Probenzahl gesamt: □ □ □ □

Untersuchung auf:

Probenzahl

- Leukose □ □ □ □
- Brucellose □ □ □ □
- BHV-1 □ □ □ □
- BT-Monitoring □ □ □ □
- Tuberkulinisierung (ohne Tuberkulin): □ □ □ □
- Davon Tiere mit Simultantest □ □ □ □

Untersuchung auf:

Probenzahl

- Aujeszky (AK) □ □ □ □
- Europäische Schweinepest □ □ □ □
- Maedi/Visna □ □ □ □
- CAE □ □ □ □
- Abortabklärung (Blutentnahme): □ □ □ □
- sonstige Maßnahmen: □ □ □ □

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

Zahlungsempfänger

Konto Nr.

BLZ

Name der Bank

Datum/Unterschrift/Stempel Tierarzt

Unterschrift des Tierbesitzers

Datum, geprüft, sachlich richtig
Veterinäramt

NUR VON DER TSK AUSZUFÜLLEN

Die Tierseuchenkasse Brandenburg gewährt einen Zuschuss in Höhe von:

Bestandsgebühr Euro Leistung Euro Gewährung%