

**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	Untersuchung auf:	Probenzahl
<input type="radio"/> Leukose	□ □ □ □	<input type="radio"/> Aujeszky (AK)	□ □ □ □
<input type="radio"/> Brucellose	□ □ □ □	<input type="radio"/> Europäische Schweinepest	□ □ □ □
<input type="radio"/> BHV-1	□ □ □ □	<input type="radio"/> Maedi/Visna	□ □ □ □
<input type="radio"/> BT-Monitoring	□ □ □ □	<input type="radio"/> CAE	□ □ □ □
<input type="radio"/> Tuberkulinisierung (ohne Tuberkulin):	□ □ □ □	<input type="radio"/> Abortabklärung (Blutentnahme):	□ □ □ □
<input type="radio"/> Tbc-Simultantest (ohne Tuberkulin)	□ □ □ □	<input type="radio"/> PRRS	□ □ □ □

**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 ..... %