



Gesundheitsmeldung für Hausgeflügel

(12h bis 72h vor der Schlachtung)

1. Herkunftsbetrieb

| | | | |
|----------------------|--|-----------------|--|
| Name, Vorname | | | |
| Adresse | | | |
| PLZ, Ort | | | |
| TVD/BUR Nummer | | Interne Nummer: | |
| Telefon/Mobiltelefon | | | |

2. Tierart

Masthühner Legehennen Andere

3. Bestimmungsort

| | | | |
|------------------------------------|---------|--------|--|
| Schlachtbetrieb | | | |
| Vorgesehenes Datum der Schlachtung | | | |
| Anzahl Tiere zur Schlachtung | Anzahl: | Alter: | |

4. Informationen zur Lebensmittelkette

| | | | | |
|---|---|--------|---------|--|
| Anzahl Tiere eingestallt / Datum | Anzahl: | Datum: | | |
| Teilaustattung / Datum | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Datum: | | |
| Sterblichkeit während der Mast in % | | | | |
| Salmonellenuntersuchung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Datum: | Befund: | |
| Krankheiten während der Mast / Legezeit | | | | |
| Legehühner: Verletzungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |

Bemerkungen der Tierhalterin / des Tierhalters zu Auffälligkeiten während der Mast/Legezeit

5. Bestätigung der Seuchenfreiheit

Der Herkunftsbetrieb ist keinen seuchenpolizeilichen Massnahmen unterworfen

6. Bestätigung über Medikamenteneinsatz/Futtermittel mit Wirkstoffen und Tiergesundheit

- die unter Punkt 2 aufgeführte Herde ist gesund und in den letzten 10 Tagen nicht krank gewesen
 alle Absetzfristen nach einer allfälligen Behandlung mit Arzneimitteln sind abgelaufen.
 die unter Punkt 2 aufgeführte Herde hat keine Medikamente / Futtermittel mit Wirkstoffen erhalten, die im Fleisch Rückstände in unzulässigen Konzentrationen verursachen können

Grund falls diese Angaben nicht bestätigt werden können:

7. Verladehinweis

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Planungsvorgabe | tatsächlich vor Ort verladen |
| Anzahl Tiere pro Transportgitter: | Anzahl Tiere pro Transportgitter: |

8. Unterschrift der verantwortlichen Tierhalterin / des verantwortlichen Tierhalters

| | |
|--------------------|--------------|
| Ort / Datum / Zeit | Unterschrift |
|--------------------|--------------|

9. Besondere Vorkommnisse in der Zeit zwischen dem Versand der Gesundheitsmeldung bis zur Zeit des Transports:

nein ja Grund:

10. Unterschrift der verantwortlichen Tierhalterin / des verantwortlichen Tierhalters

| | |
|--------------------|--------------|
| Ort / Datum / Zeit | Unterschrift |
|--------------------|--------------|

11. Transport

Abfahrtszeit: Ankunftszeit: Fahrdauer:

12. Unterschrift der verantwortlichen Fahrerin / des verantwortlichen Fahrers

| | |
|--------------------|--------------|
| Ort / Datum / Zeit | Unterschrift |
|--------------------|--------------|