

Tierhalterin/Tierhalter bzw. Eigentümerin/Eigentümer (Zahlungsempfänger)

Eigene Registriernummer bzw. des Betriebes nach ViehVerKV (HIT-Nr.)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

.....
Name, Vorname oder Betriebsbezeichnung

.....
Standort des Betriebes / der Tiere zum Zeitpunkt der Impfung

Gilt nur bei Pferden, welche im Pensionsstall stehen

Registriernummer nach ViehVerKV (HIT-Nr.) des Pensionsstalles

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

.....
Name, Vorname der Eigentümerin/des Eigentümers der/s Pferde/s

Zahlungsempfängerin/-empfänger

Impfstoffrechnung in Kopie ist beizufügen

.....
Name, Vorname

.....
Name der Bank

.....
IBAN

.....
Datum /Unterschrift der Zahlungsempfängerin/des Zahlungsempfängers

Bestätigung der Impfung durch Tierärztin/ Tierarzt

Bitte für **jedes** Leistungsdatum und **jede** Tierart ein neues Formular verwenden!

Registriernummer nach ViehVerKV

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

Tierart:

- Rind Ziege
 Schaf Pferd

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

Gesamtanzahl geimpfter Tiere

□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---

Leistungsdatum (TT.MM.JJ)

Impfung gegen:	Anzahl geimpfter Tiere:	<u>Impfstoff und Hersteller</u>	<u>Zuschuss o. Kosten / ID (€)</u>
-----------------------	--------------------------------	--	---

<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□				

<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□				

(z.B. BTV 4, 8, Kombi 4+8, WNV,)

Die Impfung wurde von mir an o.g. Datum ordnungsgemäß durchgeführt.

Nur für BTV:

Die Impfung erfolgte nach Freigabe oder amtlicher Anordnung durch das Veterinäramt.

Die Impfung wurde im HI-Tier erfasst.

.....
Datum / Unterschrift / Stempel der/s Tierärztin/Tierarztes

Weiterleitung des vollständig ausgefüllten Antrages an die Tierseuchenkasse

Prüfvermerk TSK

.....
Datum

.....
geprüft, sachlich richtig:

.....
Unterschrift

