

Tierhalterin/Tierhalter:

Registriernummer nach ViehVerkV (HIT-Nr.)

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

Name, Vorname

Standort des Betriebes / der Herde zum Zeitpunkt der Probennahme

Unterschrift Tierhalterin/Tierhalter

Tierärztin/Tierarzt:

Registriernummer nach ViehVerkV (HIT-Nr.)

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

Abrechnungsart: Ich möchte allein abrechnen

Abrechnung über TV Heide

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---

Leistungsdatum (TT.MM.JJ)

Leistungsnachweis:

Bitte für jedes Leistungsdatum und Probenart ein neues Formular verwenden!

Tierart: Rind Schaf Ziege Schwein Mutterkühe (Freilandhaltung) Mastriinder
 Pferd Geflügel Wildklauentiere

Probenart: Blut Kot Tupfer

Gesamtanzahl der Proben

□	□	□	□
---	---	---	---

Untersuchung auf:	Probenzahl				
<input type="radio"/> Leukose	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> Brucellose	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> BHV1	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> Paratuberkulose	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> BT / BT-Monitoring	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> BVD	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> Abortabklärung	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		

Untersuchung auf:	Probenzahl				
<input type="radio"/> Aujeszky (AK)	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> ESP / ASP	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> PRRS	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> Maedi/Visna	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> CAE	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		
<input type="radio"/> Aviäre Influenza	<table border="1"><tr><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></tr></table>	□	□	□	□
□	□	□	□		

Ich bestätige, diese Maßnahme ordnungsgemäß durchgeführt zu haben und beantrage die Überweisung des Dienstleistungszuschusses auf folgendes Konto (Kontoangabe nur bei Änderungen):

Zahlungsempfänger

Name der Bank

IBAN

Datum/Unterschrift/Stempel Tierärztin/-arzt

Prüfvermerk des Veterinäramtes:

geprüft, sachlich richtig: Datum / Unterschrift

Eingangsstempel Veterinäramt

