**Gesundheitsmeldung für Hausgeflügel**

**(24h bis 72h vor der Schlachtung)**

**1.Herkunftsbetrieb**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       |
| PLZ, Ort |       |
| TVD |       |
| BUR Nummer |       |
| Telefon |       |

**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:       |
| Teilaustallung / Datum | [ ] Ja | [ ] Nein  | Datum:       |
| Sterblichkeit während der Mast in % |       |
| Salmonellenuntersuchung | [ ] Ja | [ ] Nein | Datum:       | Befund:       |
| Krankheiten während der Mast / Legezeit |       |
| Legehühner: Verletzungen | [ ] Ja | [ ] 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:**       **Fahrtdauer:**

**12.Unterschrift der verantwortlichen Fahrerin / des verantwortlichen Fahrers**

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