

Betriebsnummer: _____

Tierhalter (Name, Vorname, Anschrift): _____

Tierärztlicher Lebenslauf
(nichtzutreffendes bitte streichen!)

➤ Hiermit bestätige ich, dass das Tier mit der OM Nr.: _____ das letzte Jahr weder tierärztlich behandelt wurde, noch irgendwelche Medikamente verabreicht bekam.

➤ Das Tier mit der OM Nr.: _____ wurde mit folgenden Medikamenten behandelt:

| Datum | Behandlungsgrund | Handelsname | Wirkstoff Bzw. Impfstoff | Wartezeit Fleisch | Wartezeit Milch |
|-------|------------------|-------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Datum: _____ Unterschrift: _____