

Arzneimittelabgabe-, Arzneimittelrückgabe- und Anwendungsbeleg

Lfd.Nr/Jahr: /

Betrieb: (Name und Anschrift)LFBISNr.:

--	--	--	--	--	--	--	--

TierarzneimittelAbgabe Rücknahme Behandlung **Tierarzt:** (Name und Anschrift)**Datum:****Identität der/s Tiere/s:****Diagnose/Grund der TAM-Anwendung und Abgabe:**

Art: Rind Schwein
 Schaf Geflügel
 Ziege Andere

 Behandlung durch den Tierarzt **Rücknahme von abgelaufenen TAM, TAM – Resten, Leergebinden**

Arzneimittelbezeichnung:

Menge:

Wartezeit in Tagen

Fleisch

Milch

Eier

Sonstiges

O Abgabe von Tierarzneimittel (Angabe der Wartezeiten in Tagen)

Arzneimittelbezeichnung	Charg. Nr.	Abgabemenge	WZ Fleisch	WZ Milch	WZ Eier	WZ Sonstiges	Genauere Anleitung (Anwendungsmenge und -art, Dosierung pro Tier und Tag, Dauer der Anwendung)

*) Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich vom Tierarzt über die Vorschriften des § 15 Abs. 5 lit. a und b Lebensmittelgesetz (LMG) informiert wurde.

Unterschrift des Tierhalters *)_____
Unterschrift des Tierarztes**Behandlungen durch den Tierhalter**

Datum am / von - bis	Identität der/s Tiere/s oder Standort (Boxen-Nr.)	Arzneimittelbezeichnung	Menge / Dosierung pro Tier und Tag	Unterschrift Anwender

 Sonstige Bemerkungen **Rückgabebestätigung (Menge und Bezeichnung des TAM, Unterschrift d. Tierarztes) usw.**