



BETRIEBSERHEBUNGSDECKBLATT gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F.			
TGD-Tierhalter: (Name und Anschrift)	QGV-Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TGD-Betreuungstierarzt: (Name und Anschrift)	
LFBIS-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Vet-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Datum der Betriebserhebung / 20..... Beginn Uhr Ende Uhr
Tag Monat Jahr

Nächste Betriebserhebung vorgesehen im 20.....
Monat Jahr

Die vorliegende BE erfüllt die jährliche BE-Pflicht gem. TGD-VO. Die jeweilige Geflügelsparte ergibt sich aus dem QGV-Code.

Mitbetreute Tierarten	Tierzahl	Arzneimittelanwendung, Teilnahme an Programmen	
<input type="checkbox"/> Stück	Anwendung von Tierarzneimitteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Stück	Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Stück	Herstellung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Stück	Selbstevaluierung Tierschutz durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/Jahr:

Teilnahme an folgenden GGD-Programmen:

Salmonellenbekämpfung

.....

Tierarztvertretung/en:	TGD-Arzneimittelanwender	Geb. Datum	Anm. *)

*) T = Tierhalter, F = Familienangehöriger, V = Vertragsverhältnis

Mängel seit der letzten BE behoben	Evaluierungsbereiche	keine Mängel	Mängel vorhanden	erhebl. Mängel	Fristsetzung (Datum)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	a. Arzneimitteldokumentation/-anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	b. Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	c. Tiergesundheitsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	d. Tierschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	e. Fütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	f. Management/Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	g. Stallklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	h. Aus- und Weiterbildungserfordernisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen (nähere Beschreibung der Mängel mit Bezug auf Evaluierungsbereich unter Verwendung des Buchstaben)

Berechtigung zur **Anwendung von TAM u./od. Impfstoffen**: LFI-Ausbildung (mind. 8 Stunden) absolviert am

Berechtigung zur **Herstellung von FAM**: LFI-Ausbildungskurs in Mischtechnik (mind. 3 Stunden) absolviert am

Anerkannte Weiterbildungsstunden absolviert am

.....
 Unterschrift Tierhalter

.....
 Unterschrift Tierarzt