

**Anzeige zur Impfstoffabgabe  
nach § 44 Abs. 6 Tierimpfstoff-Verordnung**

Stand: 20.07.2015

Kreis Steinfurt  
Veterinär- und  
Lebensmittelüberwachungsamt  
Tecklenburger Str. 10  
48565 Steinfurt  
Tel.: 02551/69-2936  
Fax: 02551/69-2996

Tierarztpraxis

*Anzeige zur Impfstoffabgabe nach § 44 Abs. 6 Tierimpfstoff-Verordnung*

Kalenderjahr 201\_

Hiermit zeige ich die Abgabe folgender Impfstoffe an den nachfolgend genannten Bestand gemäß § 44 (5) der Verordnung über Sera, Impfstoffe und Antigene nach dem Tierseuchengesetz (Tierimpfstoff-Verordnung) vom 24. Oktober 2006 an.

<b>1.1</b>	TSK-Nr.	
<b>1.2</b>	Name:	Vorname:
<b>1.3 TIERHALTER</b>	Straße:	PLZ / Ort:
<b>1.4</b>	Name	Vorname:
<b>1.5 ANWENDER</b>	Straße:	PLZ / Ort:

**Abgegebene Impfstoffe**

Handelsname	Hersteller (Inhaber der Zulassung)	erstmalig	Wdh.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Für die erstmalige Abgabe ist die Vorlage des Anwendungsplanes notwendig!**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber