

(Name und Adresse des Anzeigenden – Praxissitz)

(Praxisstempel)

Kreis Steinfurt
Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt
Fax 02551 692996

**Verbringen von Tierarzneimitteln aus EU-Mitgliedstaaten im „Therapienotstand“;
Anzeige gemäß § 73 Abs. 3 a des Arzneimittelgesetzes (AMG)**

Hiermit zeige ich die Bestellung / den Auftrag bzw. die Verschreibung des
folgenden Tierarzneimittels gemäß § 73 Abs. 3 a AMG an:*

1. Arzneimittelbezeichnung		
2. Bestellte Menge des Arzneimittels		
3. Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge	Wirkstoff(e)	Gehalt(e)
4. Anwendungsgebiet		
5. Tierart		
6. Staat, aus dem das Arzneimittel nach Deutschland verbracht wird		

Ich zeige das Verbringen dieses Arzneimittels im Therapienotstand erstmalig an.*

bereits wiederholt an.*

Ich benötige eine Bestätigung* keine Bestätigung meiner Anzeige.*

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Tierärztin / des Tierarztes)

* Zutreffendes ankreuzen bzw. Leerfelder entsprechend ausfüllen.

Hiermit bestätige ich die obige Anzeige.

Datum

Unterschrift

Stempel der zust. Behörde