

☐ CVUA-**MEL**, Joseph-König-Str. 40, 48147 Münster

Fax: 0251 9821-191

☐ CVUA-**OWL**, Westerfeldstr. 1, 32758 Detmold

Fax: 05231 911-503

☐ CVUA-**RRW**, Deutscher Ring 100, 47798 Krefeld

Fax: 02151 849-4042

☐ CVUA-**Westfalen**, Zur Taubeneiche 10 - 12, 59821 Arnsberg

Fax: 0234 957194-290

Begleitschein für die Untersuchung von Wildschweinen auf ASP, KSP, Brucellose und Aujeszky

Gebiete: (vom Veterinäramt auszufüllen)

Außerhalb Restriktionsgebiet	ASP (Seuchenfall beim Wildschwein)	KSP (Seuchenfall beim Wildschwein)
☐ Monitoringgebiet (landesweit, 59 beprobte Wildschweine je 1.000 km ² Waldfläche)	☐ Kerngebiet ☐ "weiße Zone" ☐ infizierte Zone	☐ infizierte Zone
☐ ASP-Monitoringgebiet (ausschließlich ASP-Diagnostik)	☐ Pufferzone	☐ Sperrzone II ☐ Sperrzone I

Ablieferer/Überbringer:

Name:	Tel.:
Straße:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:

Angaben zur Kennzeichnung und Probenart:

Wildursprungsmarke/ Kennzeichnung	☐ Blutprobe(EDTA)/ Körperflüssigkeit	☐ Tupfer/Sonstiges	☐ Tierkörper(teile)
	Barcodeaufkleber hier einkleben	Barcodeaufkleber hier einkleben	

Angaben zum Erlegungs-/Fundort:

Stadt/Gemeinde	Revier/Geodaten	Kreis	Datum

Zustand bei Inbesitznahme:

☐ gesund erlegt	☐ krank erlegt	☐ verunfallt	☐ tot aufgefunden
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--

Angaben zum Tier:

Alter:	☐ unter 12 Monate	☐ 12 - 24 Monate	☐ über 24 Monate
Geschlecht:	☐ männlich	☐ weiblich	
Gewicht: kg	Krankheitserscheinungen:		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Allgemeinen (Geschäfts-)Bedingungen und die Datenschutzerklärung auf der Homepage des o. g. CVUA zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum

Unterschrift Ablieferer/Überbringer

Unterschrift Kreis