# BEIBLATT zum HANDLUNGSPLAN

Dokumentation der Behandlung im Rahmen der Metaphylaxe
Information des Betreuungstierarztes sowie Kontrolle durch den Betreuungstierarzt

TIERGESUNDHEITSDIENST TGD Salzburg

Tierarzneimittel gemäß Handlungsplan Nr.: _____

| TAM Bezeichnung (Handelsname) | TAM Dosis | Anw. Art | Behandlungsdauer | Wartezeit |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Beleg Nr. | Datum Behandlung | Identität Tier | Dosis/kg | Dosis/Tier Gesamt | Datum Info an Tierarzt | Unterschrift AM Anwender |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

_____
Datum, Unterschrift Betreuungstierarzt