

HANDLUNGSPLAN

im Rahmen der Metaphylaxe gemäß § 14 TGD Verordnung 2009

Betrieb LFBIS

--	--	--	--	--	--	--

Tierarzt VetNr.

--	--	--	--	--

Nr.: _____ Erstellungsdatum: _____

Datum gültig bis: _____

Maximale Gültigkeit ein Jahr

Diagnose/Erkrankung: _____

Zu behandelnde Einheit: _____

z.B.: Tierpartie, Altersgruppe, Boxennummer, Stalleinheit, OM-Nummer

Anleitung für den AM-Anwender/Besondere Hinweise:

TAM Bezeichnung (Handelsname)	TAM Dosis (pro kg/Tag oder pro Tier/Tag)	Anw. Art	Behandlungsdauer	Wartezeit

Bezug zu TAM-Abgabebeleg Nr.: _____

Datum: _____

Bei Anwendungen von Tierarzneimitteln gem. Handlungsplan ist der Betreuungstierarzt nachweislich in Kenntnis zu setzen. Der Betreuungstierarzt hat die durchgeführte Behandlung zu kontrollieren.

Datum Information BTA	Art Information (Anruf, SMS, etc.)	Anzahl neu erkrankte Tiere	Identität Tiere

Unterschrift Tierhalter

Unterschrift Tierarzt