

HANDLUNGSPLAN

im Rahmen der Metaphylaxe gemäß § 14 TGD Verordnung 2009

Betrieb LFBIS	<input type="text"/>								
Tierarzt VetNr.	<input type="text"/>								

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 <small>(pro kg/Tag oder pro Tier/Tag)</small>	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 <small>(Anruf, SMS, etc.)</small>	Anzahl neu erkrankte Tiere	Identität Tiere

Unterschrift Tierhalter

Unterschrift Tierarzt