

HANDLUNGSPLAN

im Rahmen der Metaphylaxe gemäß § 14 TGD Verordnung 2009



Betrieb LFBIS

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

Tierarzt VetNr.

--	--	--	--

Nr:	Erstellungsdatum:	Datum gültig bis:
------------	--------------------------	--------------------------

Maximale Gültigkeit ein Jahr

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

Diagnose/Erkrankung:

Besondere Hinweise/Anleitung für den AM-Anwender:

TAM Bezeichnung (Handelsname)	TAM Dosis	Anw. Art	Behandlungsdauer

Nr:	Erstellungsdatum:	Datum gültig bis:
------------	--------------------------	--------------------------

Maximale Gültigkeit ein Jahr

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

Diagnose/Erkrankung:

Besondere Hinweise/Anleitung für den AM-Anwender:

TAM Bezeichnung (Handelsname)	TAM Dosis	Anw. Art	Behandlungsdauer

Bei Anwendung der Arzneimittel gem. Handlungsplan ist der Betreuungstierarzt nachweislich in Kenntnis zu setzen. Der Betreuungstierarzt hat die durchgeführten Behandlungen zu kontrollieren.

.....
 Unterschrift Tierhalter

.....
 Unterschrift Betreuungstierarzt