BEIBLATT ZUM HANDLUNGSPLAN



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

Tierarzneimittel gem. Handlungsplan Nr.:

TAM Bezeichnung (Handelsname)	Anw. Art	TAM Dosis	Wartezeit *

AAA Beleg Nr.*	Datum Behandlung	Identität, Standort, Anzahl der Tiere	Datum Info an Tierarzt	Unterschrift des AM Anwenders
* Dalumanhatian fu				

*	Dokum	entation	freiwillig
---	-------	----------	------------

Datum	/ Untorachrift	Rotrouunget	iorarzt