

Arzneimittelabgabe-, Arzneimittelrückgabe- und Anwendungsbeleg

Lfd.Nr/Jahr: /

Betrieb: (Name und Anschrift)

LFBISNr.:

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

Tierarzneimittel

Abgabe

Rücknahme

Behandlung

Tierarzt: (Name und Anschrift)

Datum: -----	Identität der/s Tiere/s:	Diagnose/Grund der TAM-Anwendung und Abgabe:
Art: Rind <input type="radio"/> Schwein <input type="radio"/> Schaf <input type="radio"/> Geflügel <input type="radio"/> Ziege <input type="radio"/> Andere <input type="radio"/>		

Behandlung durch den Tierarzt **Rücknahme von abgelaufenen TAM, TAM – Resten, Leergebinden**

Arzneimittelbezeichnung:	Menge:	Wartezeit in Tagen Fleisch Milch Eier Sonstiges
--------------------------	--------	--

Abgabe von Tierarzneimittel (Angabe der Wartezeiten in Tagen)

Arzneimittelbezeichnung	Charg. Nr.	Abgabemenge	WZ Fleisch	WZ Milch	WZ Eier	WZ Sonstiges	Genauere Anleitung (Anwendungsmenge und -art, Dosierung pro Tier und Tag, Dauer der Anwendung)

*) Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich vom Tierarzt über die Vorschriften des § 15 Abs. 5 lit. a und b Lebensmittelgesetz (LMG) informiert wurde.

Unterschrift des Tierhalters *)

Unterschrift des Tierarztes

Behandlungen durch den Tierhalter

Datum am / von - bis	Identität der/s Tiere/s oder Standort (Boxen-Nr.)	Arzneimittelbezeichnung	Menge / Dosierung pro Tier und Tag	Unterschrift Anwender

Sonstige Bemerkungen

Rückgabebestätigung (Menge und Bezeichnung des TAM, Unterschrift d. Tierarztes) usw.