

## Deckblatt

(mit Aufstellung der durchgeführten Tätigkeiten für die Abrechnung mit Veterinäramt)

Tierhalter Name und Adresse:  Telefon/Fax: E-Mail: Standort der Schweine:	Gesamtzahl der gehaltenen Schweine:  Anzahl der Epidemiologischen Einheiten (EE) <sup>1</sup>  Name der EE:
--	---

### Registriernummern der am Standort befindlichen Schweinehaltungen:

1 _____	<input type="checkbox"/> Stall <input type="checkbox"/> Auslauf <input type="checkbox"/> Freiland	<input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Gemischt	Gehört zur EE
2 _____	<input type="checkbox"/> Stall <input type="checkbox"/> Auslauf <input type="checkbox"/> Freiland	<input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Gemischt	Gehört zur EE
3 _____	<input type="checkbox"/> Stall <input type="checkbox"/> Auslauf <input type="checkbox"/> Freiland	<input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Gemischt	Gehört zur EE
4 _____	<input type="checkbox"/> Stall <input type="checkbox"/> Auslauf <input type="checkbox"/> Freiland	<input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Gemischt	Gehört zur EE
5 _____	<input type="checkbox"/> Stall <input type="checkbox"/> Auslauf <input type="checkbox"/> Freiland	<input type="checkbox"/> Zucht <input type="checkbox"/> Mast <input type="checkbox"/> Gemischt	Gehört zur EE

Datum der amtlichen Betriebsinspektion:

Anzahl der individuell klinisch untersuchten Tiere<sup>2</sup>:

#### Dauer<sup>3</sup> Kontrolle

- „Ständige Überwachung“,
- Produktionsbücher und tiergesundheitliche Aufzeichnungen
- „Erste allgemeine Bewertung des Tiergesundheitsstatus“ (s. „Checkliste klinische Untersuchung im Rahmen des Freiwilligen Verfahrens Status-Untersuchung ASP“)

Dauer<sup>4</sup> der Kontrolle Biosicherheit (s. Checkliste Biosicherheit)

Reisezeit (in Stunden)

Übermittlung der vollständig ausgefüllten Checklisten

Vollständige Erfassung der Betriebsinspektion in HIT

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Praxisstempel)

.....  
(Unterschrift)

1 Epidemiologische Einheit im Sinne des Art. 4 Nr. 39 der VO (EU) 2016/429  
 2 Entspricht Stichprobe gemäß Art. 3 Abs. 1 Buchstabe b) Unterbuchstabe ii) DelV (EU) 2020/687  
 3 Zeitbedarf für erforderliche Hygienemaßnahmen ist zu berücksichtigen  
 4 Zeitbedarf für erforderliche Hygienemaßnahmen ist zu berücksichtigen