

Tierseuchenverdachtsmeldung



An das Veterinäramt des Landkreises Cloppenburg
Fax 04471-15430

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Bearbeiter: _____

Telefongespräch	Persönliches Gespräch	E-mail	Fax	Post	Bote
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Melder: _____ (Name, Adresse, Telefonnummer/Handynummer, ggf. Erreichbarkeit)

Tierhalter: Name, Reg.-Nr., (ggf. Betriebs- stätte) Straße, Gemeinde, Orts- teil	03 453 0 _____							
Hoftierarzt: Tel./ Handy								
Seuchenverdacht auf	ASP	KSP	MKS	SVD	AI	AK	ND	<input type="checkbox"/> andere:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erstes Auftreten am:								
Betroffene Tierart:							Gesamtzahl:	
	Erkrankt:						Verendet:	
Weitere empfängliche Tierar- ten im Betrieb:							Anzahl:	
Symptome:								
mögl. Einschleppungs- weg / Bemerkungen:								

Zu veranlassende Maßnahmen / Weiterleitung an zuständige Veterinärbehörden

Datum / Uhrzeit: _____

Verteiler:

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