

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Telefon-Nr. (WICHTIG! Bitte unbedingt angeben!)

Bitte vollständig und lesbar ausfüllen!

Trichinenuntersuchung von Wildschweinen

Am .....um .....Uhr wurde/n die Proben von

..... Wildschwein/en  
Anzahl Tierart

der Regionalstelle in

Roffhausen (Tel. 04421 7788-120)

Brake (Tel. 04401 927-259)

über den/die amtlichen Tierarzt/-ärztin / Fleischkontrolleur/in .....  
Name des/r Tierarztes/-ärztin/Fleischkontrolleurs/-in

zur Trichinenuntersuchung übergeben.

Hiermit bestätige ich, dass das Fleisch des am heutigen Tage zur Trichinenuntersuchung angemeldeten Tierkörpers in meiner alleinigen Obhut verbleibt und erst dann durch mich in den Verkehr gebracht bzw. verzehrt wird, wenn mir das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt worden ist. Ergebnis bitte an

- Fax:
- Email: .....
- Postanschrift.

....., den .....  
Ort Datum

.....  
eigenhändige Unterschrift