

Antrag auf Trichinenuntersuchung



LAND OBERÖSTERREICH

1 Fleischuntersuchungsorgan

Zutreffendes ankreuzen!

Fettumrandete Felder sind vom Probennehmer vollständig auszufüllen!

FOC Food Control

Institut für Lebensmittelsicherheit, **Dr. med. vet. Thomas Reisinger**

A-4973 St. Martin im Innkreis • Diesseits 82 • Tel.: 07751/20048 • Mobil.: 0676/545 90 64 • E-Mail: office@foodcontrol.at

Probennehmer: (Name, Adresse, Tel./Fax, E-Mail)		_____ Unterschrift
Unternehmer/Verfügungsberechtigter: (Name, Adresse)	Zulassungsnr.:	
	Revier:	
Probe/n entnommen: am _____ um _____	Plombennummer: _____	
Tierart: <input type="checkbox"/> Mastschwein <input type="checkbox"/> Zuchtschwein <input type="checkbox"/> Wildschwein <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> sonst. Tierarten _____		

Probennummer	Sacknummer	Anzahl der Proben (max. 100 Proben/Sack)	Ansatznummer im Labor	Untersuchungs-Ergebnis	
				nachweisbar	nicht nachweisbar
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prüfparameter	Trichinella species	
Probentransport	<input type="checkbox"/> medlog <input type="checkbox"/> eigen <input type="checkbox"/> Bote	
Probenübernahme	Datum:	Uhrzeit:
Prüfberichtsnummer		

Das Labor bestätigt, dass die oben genannten Proben mittels Verdauungsmethode gemäß VO (EG) Nr. 2075/2005 untersucht wurden.

Der Unternehmer nimmt zur Kenntnis, dass die Schlachtkörper und Teile davon den Betrieb erst nach Erhalt des negativen Untersuchungsergebnisses verlassen dürfen!

Freigabe
durch den Tierarzt/Paraphe

am _____
um _____

Antrag auf Trichinenuntersuchung



LAND OBERÖSTERREICH

2

Zutreffendes ankreuzen!

Fettumrandete Felder sind vom Probennehmer vollständig auszufüllen!

FOC Food Control

Institut für Lebensmittelsicherheit, **Dr. med. vet. Thomas Reisinger**

A-4973 St. Martin im Innkreis • Diesseits 82 • Tel.: 07751/20048 • Mobil.: 0676/545 90 64 • E-Mail: office@foodcontrol.at

Labor

Probennehmer: (Name, Adresse, Tel./Fax, E-Mail)		_____ Unterschrift
Unternehmer/Verfügungsberechtigter: (Name, Adresse)	Zulassungsnr.:	
	Revier:	
Probe/n entnommen: am _____ um _____	Plombennummer: _____	
Tierart: <input type="checkbox"/> Mastschwein <input type="checkbox"/> Zuchtschwein <input type="checkbox"/> Wildschwein <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> sonst. Tierarten _____		

Probennummer	Sacknummer	Anzahl der Proben (max. 100 Proben/Sack)	Ansatznummer im Labor	Untersuchungs-Ergebnis	
				nachweisbar	nicht nachweisbar
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prüfparameter	Trichinella species	
Probentransport	<input type="checkbox"/> medlog <input type="checkbox"/> eigen <input type="checkbox"/> Bote	
Probenübernahme	Datum:	Uhrzeit:
Prüfberichtsnummer		

Das Labor bestätigt, dass die oben genannten Proben mittels Verdauungsmethode gemäß VO (EG) Nr. 2075/2005 untersucht wurden.

Der Unternehmer nimmt zur Kenntnis, dass die Schlachtkörper und Teile davon den Betrieb erst nach Erhalt des negativen Untersuchungsergebnisses verlassen dürfen!

Freigabe durch den Tierarzt/Paraphe
am _____ um _____

Antrag auf Trichinenuntersuchung



LAND
OBERÖSTERREICH

3

Zutreffendes ankreuzen!

Fettumrandete Felder sind vom Probennehmer vollständig auszufüllen!

Unternehmer/Verfügungsberechtigter

FOC Food Control

Institut für Lebensmittelsicherheit, **Dr. med. vet. Thomas Reisinger**

A-4973 St. Martin im Innkreis • Diesseits 82 • Tel.: 07751/20048 • Mobil.: 0676/545 90 64 • E-Mail: office@foodcontrol.at

Probennehmer: (Name, Adresse, Tel./Fax, E-Mail)		_____ Unterschrift
Unternehmer/Verfügungsberechtigter: (Name, Adresse)	Zulassungsnr.:	
	Revier:	
Probe/n entnommen: am _____ um _____	Plombennummer: _____	
Tierart: <input type="checkbox"/> Mastschwein <input type="checkbox"/> Zuchtschwein <input type="checkbox"/> Wildschwein <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> sonst. Tierarten _____		

Probennummer	Sacknummer	Anzahl der Proben (max. 100 Proben/Sack)	Ansatznummer im Labor	Untersuchungs-Ergebnis	
				nachweisbar	nicht nachweisbar
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von/bis		_____ Stk.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prüfparameter	Trichinella species	
Probentransport	<input type="checkbox"/> medlog <input type="checkbox"/> eigen <input type="checkbox"/> Bote	
Probenübernahme	Datum:	Uhrzeit:
Prüfberichtsnummer		

Das Labor bestätigt, dass die oben genannten Proben mittels Verdauungsmethode gemäß VO (EG) Nr. 2075/2005 untersucht wurden.

Der Unternehmer nimmt zur Kenntnis, dass die Schlachtkörper und Teile davon den Betrieb erst nach Erhalt des negativen Untersuchungsergebnisses verlassen dürfen!

Freigabe durch den Tierarzt/Paraphe
am _____
um _____