

**Antragsteller/in**

Name	Telefon
Anschrift	E-Mail-Adresse

**Antrag zum Verbringen von Zucht- und Nutzschweinen  
auf der Hofstelle**

Der Antrag ist mind. 2 Arbeitstage vor der Verladung an [asp@emsland.de](mailto:asp@emsland.de) zu senden.

**Herkunftsbetrieb:**

Name	Registriernummer
Standortanschrift	
Anzahl der Schweine:	Angaben zum voraussichtlichen Verladebeginn Datum: _____ Uhrzeit: _____
Der Transport wird ohne Zwischenhalt vom Betrieb zum aufnehmenden Betrieb erfolgen.	

**Hoftierarzt:**

Eine klinische Untersuchung auf ASP sämtlicher Schweine des Herkunftsbetriebes wird innerhalb von <u>24 Stunden</u> vor der Umstallung erfolgen. <b>Das Protokoll (Seite 2) wird vor der Umstallung vorgelegt.</b>
--

**Aufnehmender Betrieb:**

Registriernummer
Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift

**Vom Veterinäramt auszufüllen:**

**Der beantragte Transport wird genehmigt.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift

## Protokoll der klinischen Untersuchung

Registriernummer
Name / Betrieb
Anschrift
Standortanschrift, falls abweichend

### Adspektorische Untersuchung sämtlicher Schweine:

Datum und Uhrzeit der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Alle Tiere stehen:  ja  nein Box-Nr.: \_\_\_\_\_ Anzahl \_\_\_\_\_

Erhöhte Körpertemperatur:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_ Anzahl \_\_\_\_\_

Wasseraufnahme gestört:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_ Anzahl \_\_\_\_\_

Futtermittelaufnahme gestört:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_

Blau-rote Verfärbungen:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_

Petechien:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_

Schwankender Gang:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_

Respiratorische Symptome:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_

Magen-Darm Erkrankungen:  nein  ja Box-Nr.: \_\_\_\_\_

Erhöhte Verluste / Aborte:  nein  ja; wann \_\_\_\_\_

Ferkelmissbildungen:  nein  ja; wann \_\_\_\_\_

Myoclonia congenita: (Zitterkrankheit)  nein  ja  Wurf  Einzeltiere

Kümmerer nach Absetzen:  nein  ja  < 10 %  > 10 %

### Ergebnis der Untersuchung:

Der klinische Befund spricht **nicht für** ASP.

ASP kann klinisch nicht ausgeschlossen werden;  
Blutprobenentnahme ist erfolgt:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Stempel Tierarztpraxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Untersuchenden / Name

### Das Protokoll ist vor Verladebeginn zu übersenden:

Landkreis Emsland

Fachbereich Veterinärwesen

[asp@emsland.de](mailto:asp@emsland.de) oder Fax: 05931 / 44 39 13 71