

Antragsteller/in

Name	Telefon
Anschrift	E-Mail-Adresse

Antrag zum Verbringen von Zucht- und Nutzschweinen aus einem Betrieb der Schutz- / Überwachungszone zu einem Schlachtbetrieb

Der Antrag ist mind. 2 Arbeitstage vor der Verladung an 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 Schlachtbetrieb erfolgen.	

Hoftierarzt:

Die im Betrieb gehaltenen Tiere, einschließlich der zu verbringenden Tiere, wurden in den letzten 7 Tagen vor Transport gemäß dem Stichprobenschlüssel (Seite 2) virologisch auf ASP untersucht. **Das Ergebnis liegt dem Antrag bei.**

Eine klinische Untersuchung auf ASP sämtlicher Schweine des Bestandes wird innerhalb von 24 Stunden vor Verladungsbeginn erfolgen. **Das Protokoll (Seite 3) wird vor Verladebeginn vorgelegt.**

Schlachtbetrieb:

Name, Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Transportunternehmen:

--

_____ Datum

_____ Stempel / Unterschrift

Vom Veterinäramt auszufüllen:

Der beantragte Transport wird genehmigt.

_____ Datum

_____ Stempel / Unterschrift



Stichprobenschlüssel für die virologische Untersuchung auf ASP:

**Die EDTA Blutproben sind an das
LVI Oldenburg, Martin-Niemöller-Str. 2, 26133 Oldenburg einzusenden.**

Zahl der im Betrieb gehaltenen Schweine, einschließlich der zu verbringenden Schweine	Zahl der zu untersuchenden Schweine
1 bis 10	Sämtliche Schweine
11 bis 19	10
20 bis 29	16
30 bis 39	19
40 bis 49	21
50 bis 59	22
60 bis 69	23
70 bis 89	24
90 bis 119	25
120 bis 159	26
160 bis 299	27
300 bis 999	28
ab 1.000	29



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 _____

Futteraufnahme 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 oder Fax: 05931 / 44 39 13 71