

# Antrag auf Trichinenuntersuchung



# LAND SALZBURG

Zutreffendes ankreuzen!

**Fettumrandete Felder sind vom Probennehmer vollständig auszufüllen!**

Landesveterinärdirektion

## FOC Food Control

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

4973 St. Martin im Innkreis | Diesseits 82 | Tel.: 07751/20048 | Mobil: 0676/5459064 | E-Mail: office@foodcontrol.at

<b>Tierarzt (Stempel):</b> Name: .....	Tierart: <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Pferd
Adresse: .....	Datum: .....
PLZ/Ort: .....	
Tel.: .....	Unterschrift _____

Gefäß Nr.	Anzahl der Proben	Prot.-Nr.	Verfügungsberechtigter  Name, Anschrift	Ansatznummer im Labor	Untersuchungs- Ergebnis *	
		VKNr.			nwb.	nicht nwb.
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* nwb. Trichinen nachweisbar  
nicht nwb. Trichinen nicht nachweisbar

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

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

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

<b>Freigabe</b> durch den Tierarzt/Paraphe
am .....
um .....