

Bearbeitung AMA	EDV-mäßig erfasst	Datum/Paraphe	
	Visuell kontrolliert	Datum/Paraphe	

<h2 style="margin: 0;">KONTROLLBERICHT – UND BEWERTUNGSBERICHT TIERSEUCHEN</h2> <p style="margin: 0;">zur Vor-Ort-Kontrolle Cross Compliance 20..</p>	Stempel Bezirksverwaltungsbehörde/Amtstierarzt
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

### I. Allgemeine Angaben zur Kontrolle

**BBK - Nummer:**

**Leiter der Amtshandlung:** .....

**Kontrolle: Datum/Uhrzeit** .....

**Kontrolle angekündigt:**       Nein       Ja      Datum/Uhrzeit: .....

**Antragsteller / Bewirtschafter:**

**Betriebsadresse:**

(auszufüllen, wenn nicht ident mit Wohnadresse)

Name: .....

Anschrift: .....

PLZ; Ort: .....

**Auskunft erteilt:**     Bewirtschafter       andere Person: .....

**Betriebs-Nr.**  
**(Klienten-Nr.)**     

**Betriebsstätten-Nr.**  
**(Klienten-Nr.)**     

### II. Kontrollierte Cross Compliance Bestimmungen

Modul		Vor-Ort kontrolliert	Bewertung Fachbehörde	
			kein Verstoß	Datum/Paraphe
<b>13</b>	Transmissible spongiforme Enzephalopathien (TSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17</b>	Maul- und Klauenseuche (MKS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>18</b>	Vesikuläre Schweinekrankheit (VSK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>19</b>	Blauzungenerkrankung (BZK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Der Betrieb ist Tierhalter?**      JA       NEIN

**1. Hat der Tierbestand zum Zeitpunkt der Kontrolle eine Krankheit?**      JA       NEIN

Wenn ja, welche: .....

**2. Angaben der auskunftserteilenden Person zu den Modulen 13, 17, 18 und 19:**

2.1. Meldung erfolgt?      JA       NEIN

2.2. Zeitpunkt (Datum und Uhrzeit) der Meldung: .....

2.3. Meldung erfolgte an:

- Bürgermeister
- Polizei
- Tierarzt, freiberuflich.
- Bezirksverwaltungsbehörde (Amtstierarzt)

2.4. Zeitpunkt des Auftretens erster Krankheitserscheinungen (= Seuchenausbruch): .....

2.5.. Beobachtete Krankheitserscheinungen: .....

**3. Duldung und Einhaltung der behördlich angeordneten Maßnahmen:**

JA

NEIN

Wenn nein, dann kurze Beschreibung: .....

**Bemerkungen der auskunftserteilenden Person zu dieser Kontrolle:**

.....

**Eine Durchschrift des Kontrollberichts wurde**

- dem Betriebsinhaber übergeben.
- der auskunftserteilenden Person übergeben und eine Information für den Betriebsinhaber über die Möglichkeit einer Stellungnahme zu den Prüfungsfeststellungen an Ort und Stelle zurückgelassen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Betriebsinhabers bzw.  
der auskunftserteilenden Person

.....  
Unterschrift des Leiters der Amtshandlung

Wenn eine Person nicht bzw. nur mittels Handzeichen unterfertigen konnte, die Unterfertigung verweigerte bzw. sich vor Abschluss der Niederschrift oder des ihre Aussage enthaltenden Teiles der Niederschrift entfernte. Angabe des Grundes, aus dem die Unterfertigung nicht erfolgte:

.....  
Unterschrift des Leiters der Amtshandlung