

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

|   |  |
|---|--|
| <h1 style="margin: 0;">KONTROLLBERICHT – UND<br/>BEWERTUNGSBERICHT<br/>TIERSEUCHEN</h1> <p style="margin: 0;">zur Vor-Ort-Kontrolle<br/>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 |
| 13    | Transmissible spongiforme Enzephalopathien (TSE) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |
| 17    | Maul- und Klauenseuche (MKS)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |
| 18    | Vesikuläre Schweinekrankheit (VSK)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |
| 19    | 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 Durchsicht 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