

DOKUMENTATION ÜBER SOFORTMASSNAHMEN IM ANLASSFALL

(z.B. BELÜFTUNG, ERREGERREDUKTION)

Datum	Betroffene Haltungseinheit (Name oder Nummer)	Grund der gesetzten Maßnahme	Maßnahme	Dauer	Durchführende Person (Paraphe)	Wurde der Betreuungstierarzt verständigt?	
						JA	<input type="checkbox"/>
						NEIN	<input type="checkbox"/>
						JA	<input type="checkbox"/>
						NEIN	<input type="checkbox"/>
						JA	<input type="checkbox"/>
						NEIN	<input type="checkbox"/>
						JA	<input type="checkbox"/>
						NEIN	<input type="checkbox"/>
						JA	<input type="checkbox"/>
						NEIN	<input type="checkbox"/>
						JA	<input type="checkbox"/>
						NEIN	<input type="checkbox"/>