**Antrag auf Ausstellung einer amtstierärztlichen Gesundheitsbescheinigung für Equiden**

**Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen- nicht vollständig ausgefüllte Anträge können nicht bearbeitet werden**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Absender - Rechnungsanschrift**  | **2. Versandort /Standort Pferd (e):****(falls vom 1. abweichend)** |
|  |  |
| Name, Vorname  | Name, Vorname  |
|  |  |
| Straße und Hausnummer | Straße und Hausnummer |
|  |  |
| PLZ und Ort / Land  | PLZ und Ort /Land  |
|  |  |
| Telefonnummer  | Telefonnummer  |
|  |  |
| Betriebsnummer | Betriebsnummer |
|  |
| **3. Bestimmungsort:** | **4. Abladeort/ Standort Pferd (e)****(falls vom 3. abweichend)** |
|  |  |
| Name, Vorname  | Name, Vorname  |
|  |  |
| Straße und Hausnummer | Straße und Hausnummer |
|  |  |
| PLZ und Ort / Land  | PLZ und Ort / Land  |
|  |  |
| Telefonnummer  | Telefonnummer  |
|  |  |
| Betriebsnummer | Betriebsnummer |
| **5. Transportunternehmen:** | **6. Angaben zum Transport**  |
|  |  |
| Name, Vorname  | Abfahrtsdatum |
|  |  |
| Straße und Hausnummer | Abfahrtszeit |
|  |  |
| PLZ und Ort / Land  | Amtliches Kennzeichen Zugmaschine  |
|  |  |
| Telefonnummer  | Amtliches Kennzeichen Anhänger |
|  |  |
| Zulassungsnummer | Voraussichtliche Transportdauer  |
|  |
| Name des Fahrers (Transportverantwortlicher) während der Fahrt. |
|  |
| **7. Angaben zum Pferd / zu den Pferden:** |
|  | Name des Pferdes | Geschlecht | Equidenpass Nr.: | Mikrochip-Nr.: | Schlachtequide ja/nein |
| 1. Pferd |  |  |  |  |  |
| 2. Pferd  |  |  |  |  |  |
| 3. Pferd  |  |  |  |  |  |
| 4. Pferd |  |  |  |  |  |

**Sollte der Transport über 8 Stunde betragen ist folgendes beizulegen:**

* **Befähigungsnachweis, Zulassung des Transportunternehmens (Typ 2 )**

|  |
| --- |
| **8. Erklärung:** |
| **Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass der/die vorstehende bezeichnete/n vorstehenden Equide/n folgende Anforderungen erfüllt/erfüllen:**Das Pferd/ die Pferde stammt/stammen nicht aus einen Betrieb/Mitgliedsstaat und ist/sind nicht mit Equiden aus einem Betrieb/Mitgliedsstaat in Berührung gekommen, der aus tierseuchenrechtlichen Gründen in folgenden Zeiträumen gesperrt war:* für Equiden gelistete Seuchen einschließlich der Afrikanischen Pferdepest und der Infektion mit Burkholderia mallei (Rotz)
* im Zeitraum der letzten 30 Tagen und 2 Jahre vor Versand kein Fall von Surra (Trypanosoma evansi) gemeldet wurde
* im Zeitraum von 6 Monaten und 2 Jahre vor Versand kein Fall von Beschälseuche gemeldet wurde, bei Verdacht: für sechs Monate ab dem Tag des letzten oder des letztmöglichen Kontaktes mit einem kranken Equiden. für Hengste gilt die Sperre jedoch bis zum Zeitpunkt der Kastration
* im Zeitraum von 90 Tagen und 12 Monaten vor ihrem Versand kein Fall von Ansteckender Blutarmut der Einhufer gemeldet wurde
* im Zeitraum von 6 Monaten und 2 Jahre vor ihrem Versand kein Fall von Venezolanischer Pferdeenzephalomyelitis gemeldet wurde
* im Zeitraum von 30 Tagen vor ihrem Versand bei gehaltenen Landtieren keine Infektion mit dem Tollwut-Virus gemeldet wurde
* im Zeitraum von 15 Tagen vor ihrem Versand kein Fall von Milzbrand bei Huftieren gemeldet wurde
* keine anormale Mortalität ungeklärter Ursache aufgetreten ist
* für den Fall, dass der gesamte seuchenempfängliche Tierbestand des Betriebes getötet und alle Räumlichkeiten desinfiziert werden: für 30 Tage ab dem Tag, an dem die Tiere bescheinigt und die Räumlichkeiten desinfiziert wurden.

Der/die Unterzeichnendebestätigt nach besten Wissen, dass das Pferd/ die Pferde nicht mit Equiden in Berührung gekommen ist/ sind, die in den letzten 15 Tagen an einer Infektionskrankheit litten. |
|  |
| **Innergemeinschaftliches Verbringen von Equiden und kurzzeite Grenzübertritte mit Equiden gem. BVO 2008 idgF** |
| * Das Tier wird von seinem einzigen, lebenslang gültigen Identifizierungsdokument gemäß Artikel 65, 67 oder 68 der Delegierten Verordnung (EU) 2019/2035 der Kommission oder von einem im Einklang mit Artikel 61 Absatz 2 der genannten Delegierten Verordnung ausgestellten provisorischen Identifizierungsdokument begleitet.
 |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift Absender/ Verfügungsberechtigter:** |