



**Antrag auf Erteilung einer Ausnahme-
genehmigung nach § 4 Abs. 2 des
Tierische Nebenprodukte-
Beseitigungsgesetzes zur Abholung
und Kremierung von Equiden**

An den
Hochsauerlandkreis
Fachdienst 36
Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
Dünnefeldweg 13
59872 Meschede

Fax: 0291 / 94 26337
E-Mail: veterinaeramt@hochsauerlandkreis.de

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Hiermit beantrage ich (Antragssteller ist der Eigentümer des toten Equiden):

Name: _____

Adresse: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail: _____

für folgenden Equiden:

Name: _____

weiblich männlich kastriert

Eindeutige Lebensnummer: _____

Transpondernummer: _____

Passnummer: _____

Datum des Verendens / der Euthanasie: _____

Standort des Tieres zum Zeitpunkt des Todes: _____

eine Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 TierNebG zur Abholung und Kremierung.

Der Tierkörper wird vom folgenden, dafür registrierten Transportunternehmen abgeholt:

Name: _____

Adresse: _____

Zulassungs-/Registriernummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: _____

Der Tierkörper wird in einem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert

ja nein

Wenn **ja**, bitte ausfüllen:

Der Tierkörper wird bis zu seiner Abholung zum Krematorium in folgendem, dafür zugelassenen
Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert:

Name: _____

Adresse: _____

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: _____

Der Tierkörper wird durch das o.a. Transportunternehmen zu folgender, zugelassener
Verbrennungsanlage verbracht und dort kremiert:

Name: _____

Adresse: _____

Land: _____

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: _____

Hinweis:

Von den Ausführungen im Merkblatt für das Abholen und Kremieren von toten Equiden habe ich Kenntnis genommen. Insbesondere die Punkte 2 bis 7 werden von mir beachtet.

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beantragte Ausnahmegenehmigung vorab per E-Mail an das o.a. registrierte Transportunternehmen gesendet wird.

Ort / Datum

Unterschrift Tierhalter

Bestätigung des betreuenden Tierarztes:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail: _____

Hiermit bestätige ich, dass der o.a. Equide zum Zeitpunkt seiner Euthanasie / bei der Untersuchung des o.g. verendeten Equiden keine Anzeichen einer anzeigepflichtigen Tierseuche gezeigt hat / festgestellt wurde.

Die o.g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.

Datum
Euthanasie / Untersuchung

Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes