An das **Untersuchungsamt:**

☐ CVUA-**MEL**, Joseph-König-Str. 40, 48147 Münster	Fax: 0251 9821-191	
☐ CVUA-**OWL**, Westerfeldstr. 1, 32758 Detmold	Fax: 05231 911-503	
☐ CVUA-**RRW**, Deutscher Ring 100, 47798 Krefeld	Fax: 02151 849-4042	
☐ CVUA-**Westfalen**, Zur Taubeneiche 10 - 12, 59821 Arnsberg	Fax: 0234 957194-290	

Einsendendes Veterinäramt:	Eingang im CVUA:

Begleitschein für die Untersuchung von Wildschweinen auf ASP, KSP, Brucellose und Aujeszky

Gebiete: (vom Veterinäramt auszufüllen)

Seuchenfreie Zeit	ASP (Seuchenfall beim Wildschwein)	KSP (Seuchenfall beim Wildschwein)
☐ Monitoringgebiet (landesweit, 59 beprobte Wildschweine je 1.000 km² Waldfläche)	☐ Kerngebiet	☐ gefährdeter Bezirk
☐ Monitoringgebiet (ehemaliges KSP-Impfgebiet)	☐ gefährdetes Gebiet	
	☐ Pufferzone	

Ablieferer/Überbringer:

Name:		Tel.:	
Straße:		Fax:	
PLZ/Ort:		E-Mail:	

Angaben zur Kennzeichnung und Probenart:

Wildursprungsmarke/ Kennzeichnung	☐ Blutprobe(EDTA)/ Körperflüssigkeit	☐ Tupfer/Sonstiges	☐ Tierkörper(teile)
	Barcodeaufkleber hier einkleben	Barcodeaufkleber hier einkleben	

Angaben zum Erlegungs-/Fundort:

Stadt/Gemeinde	Revier/Geodaten	Kreis	Datum

Zustand bei Inbesitznahme:

☐ gesund erlegt	☐ krank erlegt	☐ verunfallt	☐ tot aufgefunden

Angaben zum Tier:

Alter:	☐ unter 12 Monate	☐ 12 - 24 Monate	☐ über 24 Monate
Geschlecht:	☐ männlich	☐ weiblich	
Gewicht: kg	Krankheitserscheinungen:		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzerklärung auf der Homepage des o. a. CVUA zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum	Unterschrift Ablieferer/Überbringer	Unterschrift Kreis