

**Besitzer**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

DE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsnummer VVVO \_\_\_\_\_

**Tierarztpraxis / Einsender**  
 (Praxisstempel)

DE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsnummer VVVO \_\_\_\_\_

Max-Eyth-Str. 5  
 24537 Neumünster  
 Tel: +49 4321 904-648  
 Fax: +49 4321 904-791  
 E-Mail: info@lsh.landsh.de

Untersuchungs-Nummer

- Tankmilch** Anzahl Proben 

--	--

 **„Tierarztprobe“ Kontrollprobe nach Erlass**
- Poolmilch** Anzahl Proben 

--	--
- Einzelmilch** Anzahl Proben 

--	--

**Entnahmedatum:** \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.	T	a	n	k	P	o	o	l	E	i	n	z	e	l	Tierkennzeichnung für Einzelmilchproben <b>Tierzahl</b> für Pool- und Tankmilchproben	Probenkennzeichnung	Lfd. Nr.	T	a	n	k	P	o	o	l	E	i	n	z	e	l	Tierkennzeichnung für Einzelmilchproben <b>Tierzahl</b> für Pool- und Tankmilchproben	Probenkennzeichnung	
																Bitte hier Barcode aufkleben																Bitte hier Barcode aufkleben		
																Bitte hier Barcode aufkleben																	Bitte hier Barcode aufkleben	
																Bitte hier Barcode aufkleben																	Bitte hier Barcode aufkleben	
																Bitte hier Barcode aufkleben																	Bitte hier Barcode aufkleben	
																Bitte hier Barcode aufkleben																	Bitte hier Barcode aufkleben	
																Bitte hier Barcode aufkleben																	Bitte hier Barcode aufkleben	
																Bitte hier Barcode aufkleben																	Bitte hier Barcode aufkleben	
																Bitte hier Barcode aufkleben																	Bitte hier Barcode aufkleben	

**Datum:** \_\_\_\_\_      **Besitzer:** \_\_\_\_\_      **Tierarzt:** \_\_\_\_\_

Erklärung des Besitzers: Alle untersuchungspflichtigen Tiere wurden beprobt

Raum für Vermerke: