


<b>Landesamt für Verbraucherschutz (LAV)</b>		Eingangsdatum / -zeit der Annahme und Probennummer der Untersuchungsstelle				
<b>Niederschrift - Entnahme einer Probe für die bakteriologische Fleischuntersuchung</b> nach Art. 18 (2) der Verordnung (EU) 2017/625 und Art. 14 der Durchführungs-Verordnung (EU) 2019/627						
<b>zur Untersuchung i. d. Zentralen Mikrobiologie, LAV, Konrad-Zuse-Str.11, 66115 Saarbrücken</b>						
<b>Einsender, amtl. Tierarzt:</b> (Name in Druckbuchstaben)						
<b>Einsendernummer:</b>		<b>Probenahme (Datum):</b>				
<b>A. Antrag auf bakteriologische Fleischuntersuchung (BU)</b>						
1. <b>Herkunftsbestand</b> (Name/Straße/PLZ/Ort)						
2. <b>Schlachtstätte</b> (Name/Straße/PLZ/Ort):						
3. <b>Schlachtung</b> (Datum/Uhrzeit):		4. <b>Fleischuntersuchung</b> (Datum/Uhrzeit):				
5. <b>Tierart:</b>	<b>Alter (Monate):</b>	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert				
6. <b>Identitätsmerkmale</b> (alle verfügbaren Daten eintragen):						
<b>Ohrmarken-Nr.:</b>	<b>Tgb.-Nr. / lfd.Nr.:</b>	<b>Schlacht-Nr.:</b>	<b>Tätowier-Nr./sonst. Kennz.:</b>			
7. <b>Ergebnis der Schlachttieruntersuchung</b> , ggf. Anamnese (kurze Angabe):						
8. <b>Ergebnis der Prüfung der Standarderklärung</b> zur Lebensmittelsicherheit (kurze Angabe):			<b>Antibiotika angewandt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
9. <b>Pathologisch-anatomischer Befund</b> (kurze Angabe):						
10 <b>Eingesandtes Probenmaterial</b> zur bakteriologischen Untersuchung (bitte zutreffende Alternativen ankreuzen):						
10.1 <input type="checkbox"/>	<b>Muskulatur</b> aus dem <input type="checkbox"/> <b>Vorder- oder</b> <input type="checkbox"/> <b>Hinterviertel:</b> <input type="checkbox"/> <b>rechts</b> / <input type="checkbox"/> <b>links</b> - ganzer, faszienumhüllter Muskelbauch oder zusammenhängendes Muskelstück von 6 bis 8 cm Seitenlänge aus der Untergliedmaße - alternativ bei nicht ausreichender Größe ein anderer Muskel, z.B. aus der Adduktorengruppe im Bereich der Beckensymphyse					
10.2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Buglymphknoten</b> <b>oder</b> <input type="checkbox"/> <b>innerer großer Darmbeinlymphknoten:</b> <input type="checkbox"/> <b>rechts</b> / <input type="checkbox"/> <b>links</b> - aus der anderen Schlachtkörperhälfte wie bei Nr. 10.1, mit dem umhüllenden Fett- oder Bindegewebe					
10.3 <input type="checkbox"/>	<b>Milz</b> (ganz) - bei großen Schlachttieren oder erheblicher Schwellung ein handgroßes Stück					
10.4 <input type="checkbox"/>	<b>Niere</b> (eine)					
10.5 <input type="checkbox"/>	<b>Leberstück</b> (faustgroß) - aus Bereich Leberpforte - <b>oder</b> der Spigelsche Lappen mit Leberpforte - <b>oder</b> die ganze Leber bei kleineren Tieren					
10.6 <input type="checkbox"/>	<b>Zusatzproben</b> (ggf.): <input type="checkbox"/> <b>veränderte Teile</b> mit dazugehörenden Lymphknoten <input type="checkbox"/> <b>Dünndarmstück</b> (10 cm lang, mit dazugehörenden Lymphknoten) - bei Tieren aus Salmonellenausscheiderbeständen, die selbst bisher keine Ausscheider sind					
11 <b>Zusätzliche Untersuchungsziele</b> (Anforderung zur besonderen Untersuchung, z.B. bei Verdacht auf Rotlauf o.ä.):						
12 <b>Datum / Unterschrift Einsender (amtl. Tierarzt):</b>		<b>Landesamt für Verbraucherschutz</b>  <b>Amtstierärztlicher Dienst</b> Konrad-Zuse-Str. 11 66115 Saarbrücken Tel.: 0681/9978-4500 Fax.: 0681/9978-4549 E-Mail: Fleisch-LM@lav.saarland.de				
Datum _____ Unterschrift _____						
13 <b>Bestätigung Tierbesitzer / Verfügungsberechtigter:</b> Die Eintragungen im Formular treffen zu.						
Datum _____ Unterschrift _____						
14 <b>Mitteilung über das Untersuchungsergebnis bitte an Einsender (amtl. Tierarzt)</b>  <input type="checkbox"/> per Tel.* <input type="checkbox"/> per Fax* <input type="checkbox"/> per E-Mail* *Bitte E-Mail-Adresse, Tel.- bzw. Faxnr. angeben:		<b>B. Prüfbericht (Prüfmethode VMU.P.LM.300, nach AVVLmH)</b>				
		<b>Hemmstoffe:</b>	negativ ggfls streichen	zweifelhaft	positiv	Zur Beurteilung ungeeignet: <input type="checkbox"/> Agarboden mit pH..... <input type="checkbox"/> Material:.....
		Muskulatur	<input type="checkbox"/> pH6/pH7,2/pH8	<input type="checkbox"/> pH.....	<input type="checkbox"/> pH.....	
		Niere	<input type="checkbox"/> pH6/pH7,2/pH8	<input type="checkbox"/> pH.....	<input type="checkbox"/> pH.....	
		<b>bakteriologischer Befund:</b>			<b>Keimgehalt einzelner Proben:</b> (1 = keimfrei; 2 = schwach bzw. 3 = stark keimhaltig)	
		Anaerobier in Muskulatur	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv	Muskel	Lymphknoten	
		Bakteriämie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Milz	Leber	
		Salmonellen	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv	Niere		
		<b>Ergebnis mitgeteilt:</b> (Name/Kürzel)			<b>Bemerkungen:</b>	
		<b>an:</b>	<b>am:</b>	<b>per:</b>		
		<b>Einsender</b>	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Tel.			
		<b>Reg.-Stelle</b>	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Tel.		<b>Ort, Datum, Unterschrift Prüfleitung Labor:</b> <b>Saarbrücken,</b>	
		<b>Zentralstelle</b>	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Tel.			

Freigabe: TLÜ.F.FL.015.01