

## Antrag zur Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 des Tierische Nebenprodukte-Beseitigungsgesetzes (TierNebG) zur Abholung und Kremierung eines Equiden

### Hiermit beantrage ich

Antragsteller (Halter <sup>1</sup> des toten Equiden)		
Name		
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)		
Telefonnummer	Fax	E-Mail

### für folgenden Equiden

Name	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert	Alter
UELN/eindeutige Lebensnummer	Transpondernummer
Passnummer	Datum des Verendens/der Euthanasie
Betriebsnummer, Name und Adresse des Betreibers des Haltungsbetriebs des Tieres zum Zeitpunkt des Todes	

### eine Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 TierNebG zur Kremierung.

Der Tierkörper wird von folgendem, dafür zugelassenen/registrierten Unternehmen abgeholt.
Name
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)
Zulassungs-/Registriernummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009
Der Tierkörper wird in einem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   Wenn ja, dann bitte ausfüllen!
Der Tierkörper wird bis zu seiner Abholung zum Krematorium in folgendem, dafür zugelassenem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert.
Name
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)
Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009

<sup>1</sup> Ist der Halter nicht gleichzeitig Eigentümer oder Besitzer des Tierkörpers, handelt der Halter im Auftrag des Eigentümers oder Besitzers, wenn dieser nicht selbst tätig wird.

Der Tierkörper wird zu folgender, zugelassener Verbrennungsanlage transportiert und dort kremiert.	
Name	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)	
Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009	

### Bestätigung des Tierhalters des toten Equiden

Von den Ausführungen im Merkblatt des Salzlandkreises für das Abholen und Kremieren von toten Equiden habe ich Kenntnis genommen.	
Ort, Datum	Unterschrift

### Bestätigung des Tierarztes (wird vom Tierarzt ausgefüllt)

Name		
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)		
Telefonnummer	Fax	E-Mail
Hiermit bestätige ich, dass der o. a. tote Equide, keine Anzeichen einer für eine der gemäß dem EU-Tierseuchengesundheitsrecht gelisteten, für Equiden relevanten Tierseuchen gezeigt hat. Die o. g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.		
Datum der Untersuchung	Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes	

**Den ausgefüllten Antrag richten Sie bitte an den:**

Salzlandkreis  
31 Fachdienst Veterinärangelegenheiten und  
Gesundheitlicher Verbraucherschutz  
06400 Bernburg (Saale)

Telefon: +49 3471 684-1302  
Fax: +49 3471 684-551440  
E-Mail: vet@kreis-slk.de