

Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt kierowanych do uboju

Imię i nazwisko właściciela lub nazwa	miejsowość		nr posesji						
	kod		poczta						
	powiat		gmina						
		Nr. gospodarstwa							
Deklaracje właściciela zwierząt									
Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI)	gatunek	ilość sztuk	nr środka transportu						
Informacje dotyczące leczenia zwierząt									
Zwierzęta były leczone				nie*	tak*				
Stosowane preparaty lecznicze	okres stosowania			okres karencji					
	od		do						
	od		do						
	od		do						
	od		do						
imię i nazwisko lek. wet. prowadzącego leczenie		adres							
Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych									
Gospodarstwo było objęte rygiem zwalczania chorób zakaźnych			tak*	nie*					
Nazwa choroby	gatunek zwierząt	czas trwania							
		od		do					
		od		do					
Informacje dotyczące żywienia zwierząt									
Zwierzęta były karmione paszą pochodzącą z: wytwórni pasz/własne gospodarstwo*									
Nazwa i adres zakładu		nr zakładu/nr gospodarstwa							
Stosowane dodatki paszowe	data	Nazwa dodatku paszowego							
Informacje dotyczące badań monitoringowych									
W gospodarstwie pobierano do badań monitoringowych		Krew**	mocz**	woda**	mleko**	środki żywienia zwierząt**			
Informacje dotyczące podjętych środków kontroli									
właściwego stosowania		dodatków paszowych		leków weterynaryjnych					
		tak*	nie*	tak*	nie*				
Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli									
Gospodarstwo posiada programy dotyczące nadzoru i kontroli z zakresu:									
zdrowia zwierząt		dobrostanu zwierząt		zdrowia roślin mających wpływ na zdrowie człowieka		czynników odzwierzęcych		charakteru i pochodzenia paszy	
tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
Czy w gospodarstwie stwierdzono dodatnie wyniki badań					Nie*	Tak*	Jeżeli tak to podać kiedy i jakie:		
Data		Czytelny podpis właściciela zwierząt							
Wypełnia zakład uboju zwierząt		data dostarczenia do uboju		data uboju		Podpis osoby przyjmującej zwierzęta do uboju			
		data badania przedubojowego		Poz. dz.		Podpis urzędowego lekarza weterynarii			

* Niepotrzebne skreślić

** Dla właściwej odpowiedzi wstawić literę X

