|  |  |
| --- | --- |
| Begleitschein zur Einsendung einer Futterkranzprobezur Untersuchung auf den Faulbruterreger *Paenibacillus larvae* | *Eingangsvermerk*Formblatt 1 zu MA404-MY-A-001 |
| An das DLR Westerwald-OsteifelFachzentrum Bienen und ImkereiIm Bannen 38-5456727 Mayen |

Wir bitten um Untersuchung der nachfolgend näher bezeichneten Probe(n) auf eine Belastung mit dem Erreger der Amerikanischen Faulbrut *Paenibacillus larvae*. Die Untersuchung erfolgt (bitte ankreuzen):

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | im **amtlichen Auftrag** des unten genannten Veterinäramtes |
| [ ]  | Zur Vorlage beim Veterinäramt für die **Ausstellung einer Seuchenfreiheitsbescheinigung** Die Kosten in Höhe von 26,00 Euro (Imker aus RLP/SL 16,00 Euro) trägt der Standbesitzer |
| [ ]  | als **Vorbeugeuntersuchung.** Die Kosten in Höhe von 26,00 Euro (Imker aus RLP/SL 16,00 Euro) trägt der Standbesitzer |
| [ ]  | im **Rahmen folgenden Projekts**: |

|  |
| --- |
| **Standbesitzer/Imker:** |
| Name: |   | Vorname: |   |
| Straße: |   | Nr.: |   | PLZ/Ort: |   |
| Telefon: |   | E-Mail: |   |
| Betriebsnummer beim Veterinäramt:  | Mitgliedsnummer bei der Tierseuchenkasse:  |

|  |
| --- |
| **Probenzieher:** |
| Name: |   | Vorname: |   |
| Straße: |   | Nr.: |   | PLZ/Ort: |   |
| Telefon: |   | E-Mail: |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **zuständiges Veterinäramt:**   | Kreisimkerverband:   | Imkerverein:  |
| Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben, insbesondere die Angaben zur Herkunft der Probe. Mit der Speicherung unserer Daten und der Ergebnisse zu Forschungszwecken sind wir einverstanden, dies kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Mit der Übermittlung des Befundes ggf. per E-Mail oder FAX sind wir ebenfalls einverstanden. Uns ist bekannt, dass positive Ergebnisse an das für den Bienenstand zuständige Veterinäramt übermittelt werden. Einem vereinfachten Bericht stimme ich zu. …………………………………………. ……………………………………..Datum, Unterschrift StandbesitzerDatum, Unterschrift Probennehmer |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum der** **Probenziehung:** |   |  |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen  | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Weitere Proben s. Rückseite | Adressen/Adressänderungen NZ: | Probedaten erfasst:NZ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefäß-Nr.: |  Die Probe muss mindestens **100** g umfassen | Untersuchungs-Nr.: |
| Standbezeichnung: |   |  |
| Sammelprobe aus den Völkern Nr.: |   |  |