



**Antrag und Begleitschein für eine  
Sektion**

ProtNr.: \_\_\_\_\_  
Eingang: \_\_\_\_\_  
Erledigt: \_\_\_\_\_

An die Steirische Tierkörperverwertungsges.m.b.H  
Landscha 8, 8461 Ehrenhausen  
z.H.: Amtstierarzt

Datum: \_\_\_\_\_

**Voranmeldung unbedingt erforderlich!**

Tel.: 03453 – 2510 Fax: DW 68 Mail: [office@sttkv.at](mailto:office@sttkv.at)

**Nur für Tiere ohne  
Seuchenverdacht!  
Keine Sektion ohne  
Ohrmarke!**

BETREUUNGSTIERARZT

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Tel./Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

TIERHALTER/BETRIEB TGD  ja  nein

LFBISNr

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nr., PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Abholort/Fallplatz

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Tierart: \_\_\_\_\_ OM-Nr.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Vorbericht/Verdachtsdiagnose/Behandlung/Bestandsproblem/verendet/getötet:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gewünschte Untersuchung\* (Zutreffendes ankreuzen):

Sektion ohne weiterführende Untersuchung  Sektion mit weiterführender Untersuchung

Bakteriologische Untersuchung mit AB  Parasitologische Untersuchung

Histologische Untersuchung  Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tierarzt

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich Teilnehmer am Steirischen Tiergesundheitsdienst bin und die Selbstkosten im Rahmen der Abrechnung der Betriebserhebungen eingehoben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Tierhalters

**Dieser Antrag ist bei der Abholung des Tieres mitzugeben!**

\* Gilt nur für TGD-Betriebe und bei korrekter Angabe von Tierarzt, LFBIS-Nr. und Unterschrift des Tierhalters. Der Selbstbehalt des Tierhalters beträgt für die Sektion eines Tieres ohne weiterführende Untersuchung € 30.- und wird über den Betreuungstierarzt abgerechnet. Alle anderen Zusatzuntersuchungen sind kostenpflichtig! Version 1.7.17