

Aufklärung für Besitzer von Schlachtpferden ohne Equidenpass oder ohne Arzneimittelanhang

Pferdenname:		Geschlecht:	
Geburtsdatum:	Rasse:	Farbe:	

Sehr geehrter Herr, sehr geehrte Frau _____,

Sie stellen uns Ihr oben genanntes Pferd ohne Equidenpass bzw. ohne Arzneimittelanhang im Equidenpass zur Untersuchung und Behandlung vor. Damit gilt Ihr Pferd laut Gesetz als Schlachtpferd (Lebensmitteltier) und darf von uns nicht mit allen eventuell notwendigen Medikamenten sowie nur im Notfall behandelt werden. Um gegenüber den Kontrollbehörden die gesetzlichen Verpflichtungen erfüllen zu können, möchten wir Sie bitten diese Erklärung zu unterschreiben.

Eine Verwendung des oben genannten Pferdes zur Gewinnung von Lebensmitteln ist ein Vergehen gegen das Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB) und kann als Straftat geahndet werden.

Trotz der fehlenden Dokumente werden wir Ihr Pferd ausnahmsweise auf Basis eines Schlachtpferdes behandeln. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns kurzfristig die vom Gesetzgeber geforderten Unterlagen (Pferdepass und Arzneimittelanhang) nachreichen werden, um rechtliche Konsequenzen zu vermeiden. Eine weitere Behandlung kann erst nach Vorlage der vollständigen Unterlagen erfolgen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Schlachtung Ihres Pferdes eventuell auf Grund der angewendeten Medikamente für die nächsten 6 Monate nicht möglich ist. Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass diese Erklärung bei Bedarf den Kontrollbehörden vorgelegt wird und die Behörde evtl. den Pferdepass bei Ihnen kontrollieren wird. Die Erstellung dieser Erklärung ist gemäß GOT Nr. 102 gebührenpflichtig.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Besitzers oder dessen Beauftragten _____