

Einsender	Eingangsetikett der Untersuchungsstelle (Eing.Nr./ Eing.Temp./Eing.Datum)
An das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt Fachbereich 4 Veterinärmedizin Haferbreiter Weg 132 – 135, 39576 Stendal	

<b>Rückstandsuntersuchung nach dem Nationalen Rückstandskontrollplan</b>	<input type="checkbox"/> Hemmstofftest-Planprobe	<input type="checkbox"/> Hemmstofftest-Verdachtsprobe
	<input type="checkbox"/> NRKP-Planprobe	<input type="checkbox"/> NRKP-Verdachtsprobe

Antrag zur Untersuchung auf:	<input type="checkbox"/> Hemmstoffe (biologischer Hemmstofftest)
<input type="checkbox"/> Aminoglykoside <input type="checkbox"/> Beta-Lactame <input type="checkbox"/> Gestagene <input type="checkbox"/> Nitrofurane <input type="checkbox"/> Resorcyssäure-L. <input type="checkbox"/> Anthelminthika <input type="checkbox"/> Carbamate/ Pyrethroide <input type="checkbox"/> Kokzidiostatika <input type="checkbox"/> Nitroimidazole    Lact. /Zeranol <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Chem. Elemente <input type="checkbox"/> Kortikoide <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> Steroide <input type="checkbox"/> Benzimidazole <input type="checkbox"/> Chinolone <input type="checkbox"/> Makrolide <input type="checkbox"/> Org.Chlorverb./ PCBs <input type="checkbox"/> Stilbene <input type="checkbox"/> Beruhigungsm. / Sedativa <input type="checkbox"/> Chloramphenicol <input type="checkbox"/> Metamizole <input type="checkbox"/> Org.Phosphorverb./POI <input type="checkbox"/> Sulfonamide <input type="checkbox"/> Beta-Agonisten <input type="checkbox"/> Dioxine <input type="checkbox"/> Mykotoxine <input type="checkbox"/> Phenylbutazon <input type="checkbox"/> Tetracycline <input type="checkbox"/> Farbstoffe <input type="checkbox"/> Nat. Hormone <input type="checkbox"/> ...	

<b>Tierart:</b> <input type="checkbox"/> Mastschwein <input type="checkbox"/> Lege-/Supp.huhn <input type="checkbox"/> Bienen <input type="checkbox"/> Mastkalb <input type="checkbox"/> Masthähnchen <input type="checkbox"/> Fische: ..... <input type="checkbox"/> Kuh <input type="checkbox"/> Truthühner    Tierart <input type="checkbox"/> Mastrind <input type="checkbox"/> Ente <input type="checkbox"/> Wild: ..... <input type="checkbox"/> Mastfärsen <input type="checkbox"/> Kaninchen    Tierart <input type="checkbox"/> Schaf <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> ...	<b>Untersuchungsmaterial:</b> <input type="checkbox"/> Muskel <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Milch <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Tränkwasser <input type="checkbox"/> Eier <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Haar <input type="checkbox"/> Honig <input type="checkbox"/> Fett <input type="checkbox"/> Blut <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Futter <input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> 1) Infoblatt Blut wurde ausgehändigt <input type="checkbox"/> Einstichstelle <input type="checkbox"/> ...
--	---

Entnahmeort: (Name, Anschrift, Betriebs-/Registrier-Nr)	Herkunft: (wenn abweichend von Entnahmeort) (Name, Anschrift)
---	---

<b>Probenentnahme:</b> <input type="checkbox"/> Erzeugerbetrieb <input type="checkbox"/> Schlachtbetrieb <input type="checkbox"/> Tankwagen <input type="checkbox"/> Packstelle <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Haltungsform: .....	<b>Entnahmedatum:</b> .....	<b>B-Probe entnommen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ..... Bemerkung	<b>Gegenprobe hinterlassen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Verzicht** <input type="checkbox"/> nicht möglich*** ..... Unterschrift Verfügungsberechtigte(r)*
--	--------------------------------	--	---

\* Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt eines identischen Zweitexemplares dieses Probenahmescheins als Empfangsbestätigung und die Richtigkeit der Angaben. \*\*Gilt nur für Erzeuger, Hersteller und Importeure; über die erheblichen negativen Folgen eines Verzichts im Falle einer juristischen Auseinandersetzung wurde bei der Probenahme belehrt. \*\*\*Zulässig nur unter den Voraussetzungen von VO (EG) 882/2004 Art. 11 Abs. 6

<b>Identitätsmerkmale/ Probenkennzeichnung:</b> Stall-Nr.    OM-Nr.    Schlacht-Nr.    Probennummer des Einsenders	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert	<b>Alter:</b> [Monate]
---	--	---------------------------

<b>Medikation der letzten 4 Wochen:</b> (ggf. bitte Rückseite benutzen)	Datum, Name und Unterschrift des Probennehmers <b>und/oder</b> des Einsenders
--	---

Folgende Bewertung gilt nur für Hemmstofftestproben. Für NRKP-Planproben erhalten Sie einen gesonderten Prüfbericht.													
<b>Ergebnis Hemmstofftest gemäß AVV LmH:</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">Hemmstoffe</th> <th style="width:15%;">negativ</th> <th style="width:15%;">zweifelhaft</th> <th style="width:15%;">positiv</th> </tr> <tr> <td>Muskulatur</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Niere</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Hemmstoffe	negativ	zweifelhaft	positiv	Muskulatur				Niere				<b>Bewertung:</b> <input type="checkbox"/> Die Untersuchung ergab keine Beanstandung. <input type="checkbox"/> Bemerkung:
Hemmstoffe	negativ	zweifelhaft	positiv										
Muskulatur													
Niere													
Datum der Untersuchung:													
<input type="checkbox"/> Telefonische Mitteilung an den Einsender:													
Durch die DAkKS nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditiertes Prüflaboratorium. Die Akkreditierung gilt für die in der Urkunde aufgeführten Prüfverfahren.													
<b>Im Auftrag</b> Datum, Name u. Unterschrift d. Prüfleiters, Stempel d. Untersuchungsstelle Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die untersuchte(n) Probe(n). Der Prüfbericht darf ohne schriftliche Genehmigung des LAV nicht auszugsweise vervielfältigt werden.													