



**Anmeldung von Tiertransporten  
(innergemeinschaftliches Verbringen (EU (VO) 1/2005))**

**Pferde**

Der Transport ist **spätestens 7 Werktage vor dem Transportbeginn** beim Veterinäramt des Landkreises Potsdam-Mittelmark schriftlich anzuzeigen. Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer 03381 533-271.

Landkreis Potsdam-Mittelmark  
Fachdienst Veterinärwesen und  
Lebensmittelüberwachung  
Niemöllerstr. 1  
14806 Bad Belzig  
**Email: fb3@potsdam-mittelmark.de**  
**Fax: 03381 533-269**

Eingang Vet.-Amt:
Lfd. Nr.:

**Angaben zum Absender**

**Angaben zum Empfänger**

Name, Vorname:	Name, Vorname, Firmenname:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
<b>Telefonnr. (für evtl. Rückfragen):</b>	Bestimmungsland:
Registriernummer:	Ggf. Registriernummer:

**Herkunftsort / Standort der(s) Pferde(s)**

**Bestimmungsort**

<input type="checkbox"/> Standort = Absenderanschrift	<input type="checkbox"/> Dauerhaftes Verbringen (z.B. Verkauf) <input type="checkbox"/> Temporäres Verbringen (z.B. Turnier)
<input type="checkbox"/> Abweichend:	<input type="checkbox"/> Standort = Empfängeranschrift <input type="checkbox"/> Abweichend:



**Angaben zu dem Pferd / den Pferden**

	1. Pferd	2. Pferd	3. Pferd	4. Pferd
Equidenpass Nr.:				
Transponder Nr. oder Heißbrand:				
Name:				
Schlachtequide:				

**Transportunternehmen / Beförderer**

**Angaben zum Transport**

Name und Anschrift Transportunternehmen / privater Transporteur:	Datum / Uhrzeit der Verladung:
	<input type="checkbox"/> <u>gewerblich</u> (Viehhändler, Landwirt, Inhaber Besamungsstation, Ausbildungs- oder Turnierreiter, Betreiber eines Rennstalls / Gestüts, Verkauf) <input type="checkbox"/> <u>privat</u> (nur Preisgelder, welche keinen wesentlichen Teil des Einkommens darstellen)
	Voraussichtliche Transportdauer:
Amtliches Kennzeichen Fahrzeug bzw. Anhänger:	Transportroute:
Zulassungsnummer bei gewerblichen Transporten:	Name des Fahrers:

**Das Tier ist / die Tiere sind nach besten Wissen nicht mit Equiden in Berührung gekommen, die in den letzten 15 Tagen an einer Infektionskrankheit litten.**

**Dieses Formular muss vollständig ausgefüllt sein.**

**Ohne Equidenpass kann eine Gesundheitsbescheinigung nicht ausgestellt werden.**

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Organisator



**Nur vom Veterinäramt auszufüllen:**

Identitätsprüfung:      Pferdepass                        
   Transponder/Heißbrand     

Klinische Untersuchung:            Vermerk: \_\_\_\_\_

Das Pferd / Die Pferde ist/sind:  
 transportfähig.  
 nicht transportfähig.

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

Unterschrift amtl. TA: \_\_\_\_\_