

<b>Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt kierowanych do uboju</b>									
Imię i nazwisko właściciela lub nazwa		miejsowość		nr posesji					
		kod		poczta					
		powiat		gmina					
		Nr. gospodarstwa							
<b>Deklaracje właściciela zwierząt</b>									
Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI)		gatunek		Ilość sztuk		nr środka transportu			
<b>Informacje dotyczące leczenia zwierząt</b>									
Zwierzęta były leczone							nie*	tak*	
Stosowane preparaty lecznicze		okres stosowania						okres karencji	
		od			do				
		od			do				
		od			do				
imię i nazwisko lek. wet. prowadzącego leczenie		adres							
<b>Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych</b>									
Gosp. objęte jest programem kontroli choroby Aujeszkyego***							tak*	nie*	
Gospodarstwo było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych							tak*	nie*	
Nazwa choroby		gatunek zwierząt		czas trwania					
				od		do			
				od		do			
<b>Informacje dotyczące żywienia zwierząt</b>									
Zwierzęta były karmione paszą pochodzącą z: wytwórni pasz/własne gospodarstwo*									
Nazwa i adres zakładu				nr zakładu/nr gospodarstwa					
Stosowane dodatki paszowe		data		Nazwa dodatku paszowego					
<b>Informacje dotyczące badań monitoringowych</b>									
W gospodarstwie pobierano do badań monitoringowych		Krew**	mocz**	woda**	mleko**	środki żywienia zwierząt**			
<b>Informacje dotyczące podjętych środków kontroli</b>									
właściwego stosowania				dodatków paszowych		leków weterynaryjnych			
				tak*	nie*	tak*	nie*		
<b>Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli</b>									
Gospodarstwo posiada programy dotyczące nadzoru i kontroli z zakresu:									
zdrowia zwierząt		dobrostanu zwierząt		zdrowia roślin mających wpływ na zdrowie człowieka		czynników odzwierzęcych		charakteru i pochodzenia paszy	
tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
Czy w gospodarstwie stwierdzono dodatnie wyniki badań				Nie*		Tak*		Jeżeli tak to podać kiedy i jakie:	
Data		Czytelny podpis właściciela zwierząt							
Wypełnia zakład uboju zwierząt						Podpis osoby przyjmującej zwierzęta do uboju			
		data dostarczenia do uboju		data uboju					
Wypełnia urzędowy lekarz weterynarii						Podpis urzędowego lekarza weterynarii			
		data badania przedubojowego		Poz. dz.					

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Dla właściwej odpowiedzi wstawić literę X

\*\*\* Tzn., że są pobierane próbki krwi na badanie w kierunku choroby Aujeszkyego