

Informacje dotyczące łańcucha żywnościowego zwierząt kierowanych do uboju									
Imię i nazwisko właściciela lub nazwa		miejscowość		nr posesji					
		kod		pocztą					
		powiat		gmina					
		Nr. gospodarstwa							
Deklaracje właściciela zwierząt									
Zwierzęta wywożone do rzeźni (nazwa, adres, WNI)			gatunek		Ilość sztuk		nr środka transportu		
Informacje dotyczące leczenia zwierząt									
Zwierzęta były leczone							nie*		tak*
Stosowane preparaty lecznicze		okres stosowania						okres karencji	
		od				do			
		od				do			
		od				do			
		od				do			
imię i nazwisko lek. wet. prowadzącego leczenie					adres				
Informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych									
Gospodarstwo było objęte rygiorem zwalczania chorób zakaźnych							tak*		nie*
Nazwa choroby		gatunek zwierząt			czas trwania				
					od				do
					od				do
Informacje dotyczące żywienia zwierząt									
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					
Informacje dotyczące badań monitoringowych									
W gospodarstwie pobierano do badań monitoringowych		Krew**		mocz**		woda**		mleko**	
								środki żywienia zwierząt**	
Informacje dotyczące podjętych środków kontroli									
właściwego stosowania					dodatków paszowych		leków weterynaryjnych		
					tak*		nie*		tak*
Informacje dotyczące programów nadzoru i kontroli									
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*	
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