

Dokumentation des Arzneimitteleinsatzes

Betrieb: _____ Adresse: _____ Blatt Nr.: _____

Zeitpunkt der Behandlung (Datum)	Kennzeichen des behandelten Tieres	Grund der Arzneimittelanwendung	Arzneimittel (Präparat)	Anwendung (i.m.; s.c., i.v.) Dosis	Wartezeit Fleisch (F) Milch (M)	Unterschrift TA / LW

Vom Betreuungstierarzt überprüft: _____
Datum

Stempel und
Unterschrift: