

**Antrag zur Erteilung einer Ausnahmegenehmigung  
nach § 4 Abs. 2 des Tierische Nebenprodukte-Beseitigungsgesetzes (TierNebG)  
zur Abholung und Kremierung eines Equiden**

**Hiermit beantrage ich:**

Zutreffendes bitte  ankreuzen oder ausfüllen!

Antragssteller (Halter<sup>1</sup> des toten Equiden)

Name

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

Telefonnummer/Fax/E-Mail

**für folgenden Equiden:**

Name

Geschlecht

männlich     weiblich     kastriert

Alter

UELN/Eindeutige Lebensnummer

Transpondernummer

Passnummer

Datum des Verendens/der Euthanasie

Betriebsnummer, Name und Adresse des Betreibers des Haltungsbetriebs des Tieres zum Zeitpunkt des Todes

**eine Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 TierNebG zur Kremierung.**

Der Tierkörper wird von folgendem, dafür zugelassenen/registrierten Unternehmen abgeholt:

Name

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

Zulassungs-/Registriernummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009

Der Tierkörper wird in einem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert

ja     nein

**Wenn ja bitte ausfüllen**

Der Tierkörper wird bis zu seiner Abholung zum Krematorium in folgendem, dafür zugelassenem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert:

Name

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009

<sup>1</sup> Ist der Halter nicht gleichzeitig Eigentümer oder Besitzer des Tierkörpers, handelt der Halter im Auftrag des Eigentümers oder Besitzers, wenn dieser nicht selbst tätig wird.

Der Tierkörper wird zu folgender, zugelassener Verbrennungsanlage transportiert und dort kremiert:

Name

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009

**Bestätigung des Tierhalters des toten Equiden:**

**Von den Ausführungen im Merkblatt des Landesverwaltungsamtes für das Abholen und Kremieren von toten Equiden habe ich Kenntnis genommen.**

Ort, Datum

Unterschrift

**Bestätigung des Tierarztes (wird vom Tierarzt ausgefüllt):**

Name

Adresse (PLZ, Ort, Straße)

Telefonnummer/Fax/E-Mail:

Hiermit bestätige ich, dass der o.a. tote Equide, keine Anzeichen einer anzeigepflichtige Tierseuche gezeigt hat.

Die o.g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.

Datum Untersuchung

Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes

Den ausgefüllten Antrag richten Sie bitte an das  
**Landesverwaltungsamt Halle, Referat 203, Dessauer Str. 70, 06118 Halle/Saale**

Auskunft unter:

Telefon: (0345) 514 2643, Fax: (0345) 514 2699,

E-Mail: [veterinaer@lvwa.sachsen-anhalt.de](mailto:veterinaer@lvwa.sachsen-anhalt.de)