Verein Steirischer Tiergesundheitsdienst

Das Land Steiermark

Dokumentation des Arzneimitteleinsatzes

Betrieb: _____ Adresse: _____ Blatt Nr.: ____

Zeitpunkt der Behandlung (Datum)	Kennzeichen des behandelten Tieres (Einzeltier/Tiergruppe)	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: