

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

**Hiermit beantrage ich:**

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

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ggf. Tel./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: \_\_\_\_\_

Zulassungs-/Registriernummer 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 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: \_\_\_\_\_

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

Der Tierkörper wird durch das o.a. Unternehmen zu folgender, zugelassener

Verbrennungsanlage gebracht und dort kremiert:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

**Bestätigung des Tierhalters des toten Equiden:**

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

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ggf. Tel./Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, dass der o.a. tote Equide, keine Anzeichen einer anzeigepflichtigen Tierseuche gezeigt hat. Die o.g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.**

\_\_\_\_\_  
Datum Untersuchung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes