



Anzeige bei Verdacht eines Tierschutzverstoßes

Tsch-05-FOB-505-HVL

Version: 01.00

Seite 1 von 3

Formular : Verdacht auf Verstoß gegen das Tierschutzgesetz

Anzeigende Person

Anrede/ Titel	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Dr.
Name			
Vorname			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse			

Tierhalter, gegen den sich die Vorwürfe richten

Anrede/ Titel	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Dr.
Name			
Vorname			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse			

Standort der Tiere

Adresse wie Tierhalter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Abweichende Adresse	<input type="checkbox"/> anderes Hofgrundstück /Stall	<input type="checkbox"/> im Haus	<input type="checkbox"/> Weide
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Beschreibung des Haltungsstandortes			

Erstellt am: 18.05.2015	Fachlich Geprüft am: 18.05.2015	Formell geprüft am: 18.05.2015	Freigabe am: 18.05.2015
durch: SG 2	durch: Amtstierarzt	durch: QMB	durch: Amtstierarzt
Unterschrift: gez: Wernecke	Unterschrift: gez: Wernecke	Unterschrift: gez: Oswald	Unterschrift: gez: Wernecke



Anzeige bei Verdacht eines Tierschutzverstoßes

Tsch-05-FOB-505-HVL

Version: 01.00

Seite 2 von 3

Betroffene Tierarten

Art	Anzahl der Tiere
Pferde	
Rinder	
Schweine	
Hunde	
Katzen	
Kaninchen	
Sonstige Heimtiere (mit Angabe der Art)	
Sonstige Exoten (mit Angabe der Art)	

Gibt es körperliche oder psychisch nachweisbare Anzeichen auf Vernachlässigung oder Schäden bei den Tieren?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche?
-------------------------------	-----------------------------	---------

Was ist passiert?

--



Anzeige bei Verdacht eines Tierschutzverstoßes

Tsch-05-FOB-505-HVL

Version: 01.00

Seite 3 von 3

Tatzeit/ Zeit der beobachteten Tierquälerei/ Vernachlässigung

Datum:

von		bis	
-----	--	-----	--

Uhrzeit:

von		bis	
-----	--	-----	--

Tatort/Ort der Tierquälerei (möglichst genau)

--

Weitere Zeugen

Anrede/ Titel	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Dr.
Name			
Vorname			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift