

Schmerzausschaltung für Enthornen und Frühkastration  
**Ausbildungsbestätigung (Sachkundenachweis)**

**Tierhalter / Tierhalterin**

Name / Vorname
Strasse
PLZ / Ort

**Bestandestierarzt / -tierärztin**

--

**Theoriekurs (Stufe 1)**

Kursort	Datum
---------	-------

**Praktische Ausbildung durch Bestandestierarzt / -tierärztin (Stufe 2)**

	Anzahl Tiere	Erfolgreich abgeschlossen am (Datum)
Kälber Enthornung (max. 21 Tage alt)		
Kälber Kastration (max. 14 Tage alt)		
Lämmer Kastration (max. 14 Tage alt)		
Ferkel Kastration (max. 14 Tage alt)	Meldeformular Schweine	

**TAM-Vereinbarung** Abschlussdatum .....

**Anmeldung zur Prüfung**

.....  
Datum, Unterschrift Bestandestierarzt / -tierärztin

**Prüfung durch Amtstierarzt / -tierärztin (Stufe 3)**

<input type="checkbox"/> Enthornung	<input type="checkbox"/> Kälber	<input type="checkbox"/> .....		
<input type="checkbox"/> Kastration	<input type="checkbox"/> Kälber	<input type="checkbox"/> Lämmer	<input type="checkbox"/> Ferkel	<input type="checkbox"/> .....

Tierhaltung ..... TVD-Nr. ....

Bemerkungen .....

.....  
Datum, Unterschrift Amtstierarzt / -tierärztin