



Kommunalveterinären sänder en kopia av den undertecknade inspektionsberättelsen till regionförvaltningsverket.

Datum för kontrollen:	Besökets diarienummer:
-----------------------	------------------------

**1. DJURHÅLLARENS UPPGIFTER**

Aktör ansvarig för djurhållningsplatsen:	Telefon:
Adress:	Lägenhetssignum:
Adress till djurens huvudsakliga djurhållningsplats (om den inte är samma som ovan):	
Djurhållningsplatssignum (ett eller flera):	

**2. TJÄNSTEVETERINÄRENS UPPGIFTER**

Namn:	Telefon:
Postadress:	E-postadress:

**3. ANTAL DJUR**

Totalt antal får:	Totalt antal getter:
Får äldre än 12 månader:	Getter äldre än 12 månader:

**4. ANSLUTNINGSDATUM OCH GÄLLANDE HÄLSOKATEGORI**

Datum då djurhållningsplatsen anslöts till hälsoövervakningen med tanke på maedi-visna/CAE:
Gällande hälsokategori:

**5. UNDERSÖKNINGAR SOM GJORTS I BESÄTTNINGEN BETRÄFFANDE MAEDI-VISNA/CAE:**

Provtagningsstillfälle (1, 2, 3 etc.)	Provtagningsdatum	Undersökningsresultat och -nummer	Provtagningsstillfälle (1, 2, 3 etc.)



**6. KLINISK UNDERSÖKNING OCH PROVER SOM TAGITS UNDER KONTROLLEN:**

Antal prover: \_\_\_\_\_ st. De djur som proverna togs av har noterats i djurförteckningen.

Djurförteckning, bilaga 1\*

Klinisk undersökning av får och getter:

Inga symptom som tyder på maedi-visna eller CAE.

Symptom som tyder på maedi-visna eller CAE, fyll i tilläggsuppgifter i punkt 7.

**7. TILLÄGGSUPPGIFTER**

--

**I egenskap av ansvarig för ovan nämnda djurhållningsplatser intygar jag att jag har iakttagit villkoren för hälsoövervakning med tanke på maedi-visna och CAE då det gäller anskaffning av nya djur och andra åtgärder som förebygger smitta.**

Jag önskar att hälsokategorin för mina djurhållningsplatser som hör till hälsoövervakningen utvärderas på nytt i det skede då kraven uppfylls för en annan hälsokategori än den nuvarande. Jag är medveten om att RFV:s beslut är avgiftsbelagt.

Ort och tid	Djurhållarens underskrift
-------------	---------------------------

**Jag har klarlagt i samband med hälsokontrollen att villkoren och skyldigheterna för hälsoövervakning med tanke på maedi-visna och CAE har iakttagits på djurhållningsplatsen.**

Ort och tid	Tjänsteveterinärens underskrift
-------------	---------------------------------

\*BILAGOR:  Bilaga 1  Övriga bilagor: \_\_\_\_\_

DISTRIBUTION: 1. Länsveterinär 2. Djurhållningsplats

Kommunalveterinären ska sända en kopia av dokumentet till regionförvaltningsverket inom en vecka efter att dokumentet har undertecknats.