



Kommunalveterinären sänder en kopia av den undertecknade inspektionsberättelsen till Livsmedelsverket (kirjaamo@ruokavirasto.fi).

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:

Provtagningstillfälle (1, 2, 3 etc.)	Provtagningsdatum	Undersökningsresultat och -nummer	Provtagningstillfälle (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 Livsmedelsverkets 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. Statsveterinär/ Livsmedelsverket 2. Djurhållningsplats

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