



LANDRATSAMT TRAUNSTEIN

LANDRATSAMT TRAUNSTEIN LUDWIG-THOMA-STR. 3 83278 TRAUNSTEIN

Abteilung 7 - Veterinäramt

Landratsamt Traunstein
Abt. 7 - Veterinäramt
Ludwig-Thoma-Str. 3

83278 Traunstein

◆ Anschrift Betreiber* (vom Veterinäramt ausgefüllt)

Angabe durch Betreiber*

Telefon-Nr.:	_____
Fax-Nr.:	_____
E-Mail:	

Angabe freigestellt

Beruf:Sonst. Kenntnisse:(z. B. Angelschein)
--------	-----------------------------------------------------

Erfassung von Fischhaltungsbetrieben in Bayern

Gemäß § 2 der Verordnung zum Schutz gegen Fisch-Seuchen, Muschelkrankheiten und zur Schaffung seuchenfreier Fischhaltungsbetriebe und Gebiete (Fischseuchen-Verordnung)

Wenn Betreiber nicht identisch mit Eigentümer, bitte Angabe von Name und Anschrift des Eigentümers¹⁾:

¹⁾ bei Änderung der Verhältnisse Mitteilung an das zuständige Veterinäramt

Betriebsform

<input type="checkbox"/> Vollerwerb	<input type="checkbox"/> Nebenerwerb	<input type="checkbox"/> Vereinsbetrieb (z.B. Fischereiverein)	<input type="checkbox"/> sonst. Betrieb (kein Gewerbe)
Eierproduktion:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> mit Abgabe <input type="checkbox"/> ohne Abgabe
Satzfischproduktion:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> mit Abgabe <input type="checkbox"/> ohne Abgabe
Speisefischproduktion:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> mit Abgabe/Lebendfisch <input type="checkbox"/> mit Abgabe/geschlachteter Fisch
Zukauf :	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja:	<input type="checkbox"/> Eier <input type="checkbox"/> Fische
<input type="checkbox"/> Handelsbetrieb:	<input type="checkbox"/> mit Abgabe/Lebendfisch	<input type="checkbox"/> mit Abgabe/geschlachteter Fisch	

Jahresproduktion (Art und Menge)

<input type="checkbox"/> Regenbogenforelle: Satzfische (Rf1) _____	Speisefische: _____
<input type="checkbox"/> Bachforelle: Satzfische (Bf1) _____	Speisefische: _____
<input type="checkbox"/> Saibling: Satzfische (Sa1) _____	Speisefische: _____
<input type="checkbox"/> Karpfen: Satzfische (K1) _____ (K2) _____	Speisefische: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige: Satzfische _____	Speisefische: _____

Angaben zu Anlage¹⁾

Name der Anlage: _____

Flur-Nr.: _____ Gmgk.: _____

Falls Anschrift nicht identisch mit Postanschrift ♦ bitte nachfolgende Felder ausfüllen:

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____Tel.-Nr.: _____

e-Mail: _____ Fax-Nr.: _____

¹⁾ bei Änderung der Verhältnisse Mitteilung an das zuständige Veterinäramt

Betriebsart

<u>Teichanlage / Erzeugung</u>	<u>Anzahl:</u>	<u>Fläche:</u> (Angabe ha / a od. m2)	<u>Volumen:</u> (l od. m3)
<input type="checkbox"/> Erdteiche:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Betonteiche(Kanäle)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kunststoffbecken:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sonst. (z.B. Angelgewässer)	_____	_____	_____
<u>Hälterung / Handel:</u>	<u>Anzahl:</u>	<u>Fläche:</u> (Angabe ha / a od. m2)	<u>Volumen:</u> (l od. m3)
<input type="checkbox"/> Behälter/Becken			

Wasserversorgung

		<u>Entnahme: Mengenangabe in l/s</u>
<input type="checkbox"/> Fließgewässer:	Name: _____	Entnahme: _____
<input type="checkbox"/> Quellen / Brunnen:	Anzahl: _____	Entnahme: _____
<input type="checkbox"/> Oberlieger:	Anzahl: _____	Entnahme: _____
<input type="checkbox"/> Himmelsteich:	Anzahl: _____	Entnahme: _____
<input type="checkbox"/> Drainagen / Gräben:	Anzahl: _____	Entnahme: _____

Gehaltene Fischarten

<u>Salmoniden:</u>	<input type="checkbox"/> Regenbogenforelle	<input type="checkbox"/> Bachforelle	<input type="checkbox"/> Saiblingarten
	<input type="checkbox"/> Äsche	<input type="checkbox"/> sonstige Salmoniden:	_____
<u>Cypriniden:</u>	<input type="checkbox"/> Karpfen	<input type="checkbox"/> Schleie	<input type="checkbox"/> Grasfisch
	<input type="checkbox"/> Koi/Goldfisch	<input type="checkbox"/> andere Cypriniden	_____
<u>sonstige Fischarten:</u>	<input type="checkbox"/> Hecht	<input type="checkbox"/> Zander	<input type="checkbox"/> Wels
	<input type="checkbox"/> andere Fischarten	_____	
Krebse:	<input type="checkbox"/> Krebsarten:		

Tierärztliche klinische und virologische Untersuchungen

■ <u>1 x jährliche Untersuchung nach § 5²⁾ Fischseuchen-VO</u>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - <u>wenn ja bitte Angabe</u>
Tierarzt: _____					
Letzte Untersuchung am: _____ Labor: _____					
Virologisches Untersuchungsergebnis:		<input type="checkbox"/> VHS negativ	<input type="checkbox"/> VHS positiv		
		<input type="checkbox"/> IHN negativ	<input type="checkbox"/> IHN positiv		
		<input type="checkbox"/> IPN negativ	<input type="checkbox"/> IPN positiv		
■ <u>Jährliche Untersuchungen nach § 14³⁾ Fischseuchen-VO</u>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - <u>wenn ja bitte Angabe</u>
Tierarzt: _____					
letzte Untersuchung am: _____ Labor: _____					
Virologisches Untersuchungsergebnis:		<input type="checkbox"/> VHS negativ	<input type="checkbox"/> VHS positiv		
		<input type="checkbox"/> IHN negativ	<input type="checkbox"/> IHN positiv		
		<input type="checkbox"/> IPN negativ	<input type="checkbox"/> IPN positiv		
■ <u>EU-Zulassung:</u>				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – seit wann besteht Zulassung: _____
EU-Nr.: _____					
■ <u>Andere Untersuchungen</u> (z.B. Koi-Herpes):				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <u>wenn ja bitte Angabe:</u>
Krankheit: _____		Ergebnis: <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv	
Letzte Untersuchung am: _____ Labor: _____					
Tierarzt: _____					

2) gilt i. d. R. nur für Anlagen mit mehr als 5 ha Gesamteichfläche, die nicht der Aufzucht, Abgabe und dem Handel von Satzfishen dienen

3) gilt nur für Fischhaltungsbetriebe mit EU-Zulassung

Ort/ Datum

Unterschrift Tierhalter/Betreiber