

Landratsamt Roth - Veterinäramt

Zurück an:

**Landratsamt Roth
-Veterinäramt-
Weinbergweg 1
91154 Roth**

Angabe durch Betreiber*

Adressdaten des Betreibers

Anrede

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

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 Süßwasserfischseuchen, Muschelkrankheiten und zur Schaffung seuchenfreier Fischhaltungsbetriebe und Gebiete (Fischseuchen-Verordnung)

Wenn Betreiber nicht identisch mit Eigentümer, bitte Angabe von Name und Anschrift des Eigentümers*:

* 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 Anlage*

Name der Anlage: _____	
Flur-Nr.: _____	Gmgk.: _____
<u>Falls Anschrift nicht identisch mit Postanschrift ♦ bitte nachfolgende Felder ausfüllen:</u>	
Strasse, Haus-Nr.: _____	
PLZ: _____	Ort: _____
.....Tel.-Nr.: _____	
e-Mail: _____	Fax-Nr.: _____

* 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

■ 1 x jährliche Untersuchung nach § 5 * Fischseuchen-VO		<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	
■ Andere Untersuchungen (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:	_____		

* Erläuterung im Begleitschreiben

Ort/ Datum

Unterschrift Tierhalter/Betreiber

Der Fragebogen dient ausschließlich zur Vorlage bei der zuständigen Behörde. Eine Verpflichtung des Fischhalters zur Vorlage des Fragebogens an Dritte besteht nicht und ist daher freiwillig.