

**Kontrolle nach § 13 Rückstandskontrollverordnung 2006 - RKVO**  
(BGBl. II Nr. 110/2006 idgF)

Bezirkshauptmannschaft ..... GZ.: .....

**A) Allgemeines**

1. Ort der Amtshandlung:	3. Datum:
2. Leiter der Amtshandlung:	4. Beginn:
5. Weitere amtliche Organe und sonstige Anwesende (Name, Funktion):	
<p><b>6. Gegenstand der Amtshandlung:</b> Nichtangekündigte Kontrolle eines Tierhaltungsbetriebes zur Überprüfung der Einhaltung der Bestimmungen der Rückstandskontrollverordnung 2006, BGBl. II Nr. 110/2006, des Futtermittelgesetzes 1999, BGBl I Nr. 139/1999 und des Tierarzneimittelgesetzes.</p> <p><b>7. Anlass:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Rückstandsmonitoring</p> <p><input type="checkbox"/> Rückstandsverdacht</p> <p><input type="checkbox"/> MFU mit positivem biologischen Hemmstofftest</p> <p style="margin-left: 20px;">Notschlachtung außerhalb des Schlachthofes oder <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Sonderschlachtung <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Verdacht auf Fleischmängel <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis eines Stoffes der Gruppe A, nachgewiesener Stoff: <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Nachweis eines Stoffes der Gruppe B, nachgewiesener Stoff: <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Höchstwertüberschreitung gemäß VO (EU) Nr. 37/2010 <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Nachweis eines Kontaminanten, nachgewiesener Stoff: <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">Höchstwertüberschreitung gemäß VO (EU) Nr. 2023/915 <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p style="margin-left: 20px;">oder VO (EG) Nr. 396/2005 jeweils idgF <span style="float: right;">ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></span></p> <p><input type="checkbox"/> Verdacht einer vorschriftswidrigen Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Auf Grund einer Meldung gemäß § 4 Abs. 3 FIUVO 2006, BGBl. II Nr. 109/2006</p> <p><input type="checkbox"/> Aus anderen Gründen zum Schutz der menschlichen Gesundheit</p> <p><input type="checkbox"/> Auf Anordnung der Oberbehörde, GZ.: .....</p> <p><b>8. Betroffenen Tierkategorie:</b> (Tierart, Nutzungsart, Alterskategorie)</p> <p>.....</p>	


## B) Personalien und Betriebsart

### 1. Eigentümer/Besitzer des Tierbestandes:

LFBIS-Nr.: .....

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

### **Weiterer Betriebsstandort:**

LFBIS-Nr.: .....

Adresse: .....

### 2. Weitere Besitzer:

Für den Betriebsteil .....

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

### 3. Betriebsart:

Zuchtbetrieb <input type="checkbox"/>	Mastbetrieb <input type="checkbox"/>	Milchbetrieb <input type="checkbox"/>	gemischter Betrieb <input type="checkbox"/>	Legebetrieb <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---	--------------------------------------

Anzahl der gehaltenen Nutztiere:

<b>Schweine:</b>	..... Mastschweine, .....	Zuchtschweine, .....	Ferkel
<b>Rinder:</b>	..... Mastrinder, .....	Milchrinder, .....	Jungvieh, .....Kälber
<b>Schafe:</b>	..... Masttiere, .....	Milchtiere, .....	Jungtiere
<b>Ziegen:</b>	..... Masttiere, .....	Milchtiere, .....	Jungtiere
<b>Geflügel:</b>	..... Masttiere, .....	Legehühner, .....	Elterntiere
<b>Einhufer:</b>	.....	<b>Fische:</b> .....	<b>Farmwild:</b> .....
			<b>Sonstiges:</b> .....

#### 4. Tierärztliche Betreuung / Arzneimittelanwendung:

TGD-Mitgliedsbetrieb ja  Betreuungstierarzt.....  
 Teilnahme- und Betreuungsvertrag liegt auf ja  **nein**   
 nein  Hoftierarzt.....  
 „Hofmischer“ ja  nein  Ausbildungsbestätigung liegt auf ja  **nein**

#### C) Aussage der/des Verfügungsberechtigten

Auf die nachstehenden Fragen des Amtstierarztes antwortet..... wie folgt:  
 (Name)

- Haben Sie Stoffe oder Erzeugnisse gelagert, die zu Mastzwecken verabreicht werden könnten, deren Anwendung an Tieren, die der Lebensmittelgewinnung dienen, verboten ist? (CC-Kontrollbereich) ja  nein
- Haben Sie Futtermittel mit nicht zugelassenen Zusatzstoffen, verbotenen Stoffe oder mit nicht den Zulassungsbedingungen entsprechenden Zusatzstoffen gelagert oder an Nutztiere verfüttert? (§ 3 FMG) ja  nein
- Wenn ja, welche?.....
- Haben Sie Futtermittelzusatzstoffe (z.B. Kokzidiostatika) an Nutztiere verfüttert? ja  nein
- Wenn ja, welche (inkl. Angabe der Absetzfristen)? .....  
 .....
- Haben Sie Futtermittel, die verdorben oder in ihrem Wert oder ihrer Brauchbarkeit erheblich gemindert sind, gelagert oder an Nutztiere verfüttert (z.B. mit Mykotoxinen belastetes Futter)? ja  nein
- Wann hat die letzte Eigenkontrolle gem. § 18 Futtermittelgesetz 1999 stattgefunden? .....
- Konnten Sie bei dieser Kontrolle Probleme feststellen? ja  nein   
 Wenn ja, welche?

.....  
 9. Wann hat die letzte amtliche Futtermittelkontrolle stattgefunden? .....

10. Hat es bei dieser Kontrolle Beanstandungen gegeben? ja  nein

11. Wenn ja, welche?  
 .....

12. Haben Sie Futtermittel, die nicht vorschriftsmäßig gekennzeichnet oder verpackt sind, gelagert? ja  nein

13. Wann wurden in den letzten drei Monaten Arzneimittel an jenem Tier angewendet, bei dem Rückstände nachgewiesen wurden? Wer hat die Arzneimittel angewendet (Besitzer, Tierarzt) und was war der Anlass?

Name des behandelnden Tierarztes: .....

Informationen in der Tabelle unter Punkt 14 eintragen.

14. Welche Arzneimittel wurden angewendet?

Tierart/ Tierkategorie	Arzneimittel	Indikation	Wartezeit	Anwender (Name)	Datum

15. Liegen für die Behandlung gemäß Pkt. 13 Aufzeichnungen gem. §12 RKVO 2006 und § 68 TAMG auf und können Sie diese vorlegen? (Eine Kopie der Aufzeichnungen von mindestens den letzten drei Behandlungen sind dem Rückstandserhebungsprotokoll anzuschließen.)

ja  **nein**

16. Wurden andere Tiere im Bestand behandelt?

Wenn ja, in Tabelle unter Pkt. 17 eintragen

ja  nein

Name des behandelnden Tierarztes: .....

17. Welche Arzneimittel wurden angewendet?

Tierart/ Tierkategorie	Arzneimittel	Indikation	Wartezeit	Anwender (Name)	Datum

18. Erfolgt die Arzneimittelanwendung ausschließlich durch einen Tierarzt?

ja  weiter bei Pkt. 24

Wenn **nein**:

Eigenanwendung ausschließlich im Rahmen eines TGD-Betreuungsverhältnisses?

ja  **nein**

Wenn ja, weiter bei Pkt. 20

Wenn **nein**, weiter bei Pkt.19

19. Handelt es sich ausschließlich um NE- Präparate?

ja  **nein**

20. Wer stellt in diesem Fall die Diagnose und entscheidet, welche Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen sind? .....

21. Werden nur AM aus der „Positivliste“ (Kundmachung gem. § 2 Abs. 2 der Veterinär-Arzneispezialitäten-Anwendungsverordnung 2010 in den AVN) angewendet?

ja

**nein**  Welche sonst?..... (in Anhang II eintragen)

22. Werden AM entsprechend der Veterinär-Arzneispezialitäten-Anwendungsverordnung 2010 (p.o, sc, i.m.) bzw. der Fachinformation angewendet?

ja

**nein**  wie sonst? .....

23. Werden die AM nach genauer tierärztlicher Anleitung gem. Abgabebeleg und unter Aufsicht angewendet?

ja  wer gibt die Anleitung und beaufsichtigt die Anwendung? .....

**nein**

24. Wird die Arzneimittelanwendung leserlich und nachvollziehbar dokumentiert? (CC-Kontrollbereich)
- ja  Wie und durch wen? .....
- nein
25. Haben Sie zurzeit Arzneimittel für Ihre Tiere im Betrieb vorrätig?
- nein  Weiter bei Pkt. 28
- ja  Welche? ..... (in Anhang I eintragen)
26. Von wem haben Sie die vorhandenen Arzneimittel bezogen? .....
27. Haben Sie über den Bezug dieser Arzneimittel einen Abgabebeleg bekommen?
- nein
- ja  Können Sie diese vorlegen? ja  nein
28. Haben Sie schon früher von anderen Personen oder aus einer öffentlichen Apotheke Arzneimittel bezogen?
- nein  Weiter bei Pkt. 30
- ja  Von wem? .....
- Welche? .....
29. Haben Sie für diesen Bezug eine Bestätigung erhalten?
- nein
- ja  Können Sie diese vorlegen? ja  nein
30. Wo und wie lagern Sie Arzneimittel? .....
- .....
31. Wie entsorgen Sie AM-Reste oder abgelaufene AM?.....
32. Werden nicht benötigte oder abgelaufene AM bzw. Leergebinde gemäß § 9 (3) Z 9 TGD-VO 2009 gehandhabt? ja  nein
- Wenn nein, hat Ihr TGD-Betreuungstierarzt die vorschriftsmäßige Entsorgung veranlasst? ja  nein
33. Führen Sie ein Bestandsregister? (CC-Kontrollbereich)
- nein  Wissen Sie, dass Sie ein Bestandsregister führen müssen? (Weiter bei Pkt. 36) ja  nein
- ja
34. Werden Zeitpunkt und Art der Arzneimittelanwendung sowie genaue Angaben zur Identität der behandelten Tiere und die einzuhaltenden Wartezeiten vom behandelnden Tierarzt noch am Behandlungstag eingetragen? ja  nein
35. Tragen Sie Zeitpunkt und Art der Behandlung sowie genaue Angaben zur Identität der behandelten Tiere und die einzuhaltenden Wartezeiten noch am Behandlungstag nach, wenn dies der Tierarzt nicht tut? ja  nein

36. Wie erkennen Sie die behandelten Tiere bzw. Tiergruppen wieder? (CC-Kontrollbereich)

.....

37. Wissen sie wie lange sie die Aufzeichnungen im Bestandsregister aufbewahren müssen?

ja  nein

Antwort.....

## D) Betriebsüberprüfung im Rahmen eines Betriebsrundganges

### Gesundheitszustand der Tiere

38. Sind auffällige Tiere, bei denen der Verdacht auf eine vorschriftswidrige Behandlung besteht, vorhanden? (CC-Kontrollbereich)

ja  nein

39. Ist der Gesundheitszustand der Tiere zufriedenstellend?

ja  nein

40. Sind besonders gekennzeichnete Tiere aufgefallen, für die es keine Aufzeichnung gibt?

ja  nein

41. Der Gesundheitszustand ist nicht zufriedenstellend, es treten auf:

Durchfall  Räude  Gelenkentzündungen  Atemwegserkrankungen

Sonstiges .....

### Hygiene, gute landwirtschaftliche Praxis (GLP)

42. Werden die allgemeinen Anforderungen der Hygiene beachtet?

ja  nein

43. Werden die Anforderungen an eine gute landwirtschaftliche Praxis eingehalten?

ja  nein

### Futtermittel

44. Entspricht die Lagerung und Kennzeichnung der Futtermittel (FM)?

ja  nein

45. Werden FM mit nicht zugelassenen oder verbotenen Stoffen oder verdorbene FM vorgefunden?

ja  nein

46. Entsprechen die Aussagen des Verfügungsberechtigten zu Pkt. 1 bis 12 den tatsächlichen Gegebenheiten?

ja  nein

### Arzneimittel

47. Werden Fütterungsarzneimittelvormischungen (FAMV) eingesetzt? (wenn „nein“ weiter bei Pkt. 50)

ja  nein

48. Erfolgt die Lagerung der FAMV getrennt in versperrbaren Behältern oder Räumen?

ja  nein

49. Werden täglich Eintragungen über Art und Menge der FAMV, der verwendeten FM und der hergestellten Fütterungsarzneimittel im Mischbuch sowie Namen und Anschrift des verschreibenden Tierarztes dokumentiert?

ja  nein

50. Werden Arzneimittel (AM) vorgefunden? (wenn „nein“ weiter bei Pkt. 53)

ja  nein

Wenn ja, welche?..... (in Anhang I und/oder II eintragen)

51. Entspricht Die (Kühl-)Lagerung der AM?

ja  nein

52. Entspricht die Signatur der AM?

ja  nein

53. Nimmt der Betrieb an einem TGD Programm Teil? (wenn „nein“ weiter bei Pkt. 55) ja  nein   
Wenn ja, an welchem?.....
54. Werden AM, die im Rahmen des TGD– Programms angewendet werden, vorgefunden? **Ja**  nein   
Wenn ja, welche?.....
55. Werden verbotene oder nicht zugelassene AM vorgefunden?(CC-Kontrollbereich) **ja**  nein   
Wenn ja, welche?.....
56. Werden abgelaufene AM oder Durchstichflaschen ohne Angabe des Erstentnahmedatums vorgefunden? **ja**  nein   
Wenn ja, welche?.....
57. Entsprechen die allgemeinen Anforderungen bezüglich Hygiene und Sicherheit beim Umgang mit AM (Aufbewahrung der Spritzen, Injektionsnadeln etc., Entsorgung von AM-Resten oder abgelaufenen AM)? ja  **nein**
58. Entsprechen die Aussagen des Verfügungsberechtigten zur AM-Lagerung den tatsächlichen Gegebenheiten? ja  **nein**
59. Entsprechen die Aussagen des Verfügungsberechtigten zur AM – Anwendung den tatsächlichen Gegebenheiten? ja  **nein**
60. Entsprechen die Aussagen des Verfügungsberechtigten zur Entsorgung den tatsächlichen Gegebenheiten? ja  **nein**



**E) Auflistung der Mängel, die im Zuge der Kontrolle erhoben wurden (deutlich schreiben!)**

.....

.....

.....

.....

**F) Zusammenfassung und Angaben zu den Ursachen für den Rückstandsbe fund**

- Die Ursache für den Rückstandsbe fund konnte nicht geklärt werden
- Folgende Ursachen für den Rückstandsbe fund wurden erhoben:
- vorschriftswidrige Behandlung
  - Wartezeit nicht eingehalten
  - Anwendung ohne tierärztliche Anweisung
  - FM-Kontamination
  - Umwelt
  - Sonstiges .....

.....

.....

.....

.....

**G) Wurden Tierkörper im Schlachtbetrieb „vorläufig beanstandet“ und/oder als „genussun- tauglich“ beurteilt?**

- JA
- „vorläufig beanstandet“
  - „genussuntauglich“ beurteilt
  - Anzahl der Tierkörper .....
  - Entsorgung gem. VO (EG) 1069/2009)
- NEIN

**H) Pharmakovigilanzmeldung**

- Der Nachweis des Tierarzneimittelrückstandes könnte durch eine verzögerte Ausscheidung des angewendeten Veterinärarzneimittels bedingt sein
- Meldung an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen ist erfolgt

.....

.....

.....

.....

**I) getroffene Maßnahmen**

- Information des Verfügungsberechtigten
- Anzeige beim Strafreferat
- Sperre des Betriebes durch LH gem. § 58 LMSVG beantragt  iVm § 15  iVm § 17 (5) RKVO
- Einvernahme von Tierarzt .....
- Überprüfung der tierärztlichen Hausapotheke von Tierarzt .....
- Weiterleitung des Aktes an die Bezirkshauptmannschaft .....
- Meldung an AMA, da Abweichungen in den CC-Kontrollbereichen festgestellt wurden
- Sonstiges .....

**J) Probenahmen**

- Futtermittelproben
- repräsentative Stichproben gemäß § 13 RKVO 2006 von lebenden Tieren
- Tierkategorie, Anzahl beprobter Tiere .....
- Untersuchung auf .....

Ende der Amtshandlung: .....

**Unterschriften:**

Leiter der Amtshandlung: .....

Der Verfügungsberechtigte: .....

Weitere Anwesende:

Die Niederschrift wird den Anwesenden

zur Durchsicht vorgelegt  vorgelesen

Auf die  Verlesung der Niederschrift  Vorlage zur Durchsicht wird verzichtet

Die Zustellung einer schriftlichen Ausfertigung wird verlangt

**K) Anhang I**

**Stichprobenweise** Dokumentation der vorgefundenen Arzneimittel, die in der „Positivliste“ (Kundmachung gem. § 2 Abs. 2 der Veterinär-Arzneispezialitäten-Anwendungsverordnung 2010 in den AVN) stehen:

**Arzneimittel** (Arzneispezialität), Name: .....

Chargennummer .....

Zulassungsnummer .....

Ablaufdatum .....

Signatur vorhanden? .....

Name der abgebenden (Haus-) Apotheke .....

vorgefundene Gesamtmenge .....

Angebrochene Behältnisse .....

    Restmenge .....

    Erstentnahmedatum vermerkt .....

    Entnahmefrist nach der ersten Entnahme laut Aufzeichnung eingehalten .....

**Arzneimittel** (Arzneispezialität), Name: .....

Chargennummer .....

Zulassungsnummer .....

Ablaufdatum .....

Signatur vorhanden? .....

Name der abgebenden (Haus-) Apotheke .....

vorgefundene Gesamtmenge .....

Angebrochene Behältnisse .....

    Restmenge .....

    Erstentnahmedatum vermerkt .....

    Entnahmefrist nach der ersten Entnahme laut Aufzeichnung eingehalten .....

**Arzneimittel** (Arzneispezialität), Name: .....

Chargennummer .....

Zulassungsnummer .....

Ablaufdatum .....

Signatur vorhanden? .....

Name der abgebenden (Haus-) Apotheke .....

vorgefundene Gesamtmenge .....

Angebrochene Behältnisse .....

    Restmenge .....

    Erstentnahmedatum vermerkt .....

    Entnahmefrist nach der ersten Entnahme laut Aufzeichnung eingehalten .....

**Anhang II**

Dokumentation **aller** vorgefundenen Arzneimittel, die **nicht** in der „Positivliste“ (Kundmachung gem. § 2 Abs. 2 der Veterinär-Arzneispezialitäten-Anwendungsverordnung 2010 in den AVN) stehen:

**Arzneimittel** (Arzneispezialität), Name: .....

Hersteller .....

Depositeur .....

Chargennummer .....

Zulassungsnummer .....

Ablaufdatum .....

Signatur vorhanden? .....

Name der abgebenden (Haus-) Apotheke .....

vorgefundene Gesamtmenge .....

Angebrochene Behältnisse .....

Restmenge .....

Erstentnahmedatum vermerkt .....

Entnahmefrist nach der ersten Entnahme laut Aufzeichnung eingehalten .....

**Arzneimittel** (Arzneispezialität), Name: .....

Hersteller .....

Depositeur .....

Chargennummer .....

Zulassungsnummer .....

Ablaufdatum .....

Signatur vorhanden? .....

Name der abgebenden (Haus-) Apotheke .....

vorgefundene Gesamtmenge .....

Angebrochene Behältnisse .....

Restmenge .....

Erstentnahmedatum vermerkt .....

Entnahmefrist nach der ersten Entnahme laut Aufzeichnung eingehalten .....

**Arzneimittel** (Arzneispezialität), Name: .....

Hersteller .....

Depositeur .....

Chargennummer .....

Zulassungsnummer .....

Ablaufdatum .....

Signatur vorhanden? .....

Name der abgebenden (Haus-) Apotheke .....

vorgefundene Gesamtmenge .....

Angebrochene Behältnisse .....

Restmenge .....

Erstentnahmedatum vermerkt .....

Entnahmefrist nach der ersten Entnahme laut Aufzeichnung eingehalten .....