

Beilage 2 zu DE 8	Formblatt: Mängelfeststellung d. Kontrolle gem § 31 (3) LMSVG eines amtl. TA	Logo des Landes:
30.7.2019	Gesetzl. Grundlage: Durchführungserlass 8/in der gültigen Version für die Kontrollen der amtlichen Tierärzte gem. § 31 Abs. 3 LMSVG	
	Seite 1 von 1	

Amtstierärztin/ Amtstierarzt (Name, Dienstort):	Name d. überprüften amtlichen Tierärztin/ Tierarztes (Name, Adresse, Identifikationszahl):	Kontrollort (Betrieb, ZulassungsNr):
		Kontrolldatum:

5.7. Nachbearbeitung- Besprechung der Kontrollergebnisse		5.8. Maßnahmen im Fall von Abweichungen	
Checklistenfrage Nr:	Mangel (Lokalisation und Beschreibung)		Kontrolle der Mangelbeseitigung
		<input type="checkbox"/> keine oder sofort abstellbare Mängel <input type="checkbox"/> nicht sofort abstellbare Mängel <input type="checkbox"/> schriftliche Verwarnung gem. § 28 (5) Z 4 LMSVG ist erforderlich <input type="checkbox"/> vom LH abzustellende Mängel <input type="checkbox"/> gesetzte / zu setzende Maßnahmen: Frist zur Mängelbehebung:	<input type="checkbox"/> behoben <input type="checkbox"/> nicht behoben Datum: Unterschrift ATA:
		<input type="checkbox"/> keine oder sofort abstellbare Mängel <input type="checkbox"/> nicht sofort abstellbare Mängel <input type="checkbox"/> schriftliche Verwarnung gem. § 28 (5) Z 4 LMSVG ist erforderlich <input type="checkbox"/> vom LH abzustellende Mängel <input type="checkbox"/> gesetzte / zu setzende Maßnahmen: Frist zur Mängelbehebung:	<input type="checkbox"/> behoben <input type="checkbox"/> nicht behoben Datum: Unterschrift ATA:
		<input type="checkbox"/> keine oder sofort abstellbare Mängel <input type="checkbox"/> nicht sofort abstellbare Mängel <input type="checkbox"/> schriftliche Verwarnung gem. § 28 (5) Z 4 LMSVG ist erforderlich <input type="checkbox"/> vom LH abzustellende Mängel <input type="checkbox"/> gesetzte / zu setzende Maßnahmen: Frist zur Mängelbehebung:	<input type="checkbox"/> behoben <input type="checkbox"/> nicht behoben Datum: Unterschrift ATA:

.....
Datum, Stempel u. Unterschrift d. amtl. TA

.....
Datum, Stempel u. Unterschrift d. Amtstierärztin/ Amtstierarzt