



Freischaltungserklärung Antibiotikamonitoring Rinderhaltung

09.11.2022



FB 086R

Betrieb: _____

Veerßer Str. 65, 29525 Uelzen

Telefon: 0581/9040-118

Telefax: 0581/9040-251

Mail: qs@vzf.de

VVVO-Nr. _____

Antibiotikamonitoring Rinderhaltung

(ab dem 1. Januar 2023 bei der Rindermast verbindlich)

Es haben nur Sie, der Tierarzt und wir als Bündler Einsicht in die Stammdaten. Standardmäßig erhält der Bündler keine Einsicht in die Einzelverschreibungen. Um Sie bei der Kontrolle zu unterstützen, können Sie uns für diesen Bereich eine Freigabe erteilen.

Weitere Informationen finden Sie auch unter:

<https://www.q-s.de/monitoring-programme/monitoringprogramme-antibiotikamonitoring.html>

Bitte senden Sie die ausgefüllte und unterzeichnete Freischaltungserklärung an uns zurück:

E-Mail: qs@vzf.de / Fax: 0581/9040-251

per Post:

VzF GmbH

Frau Pern

Veerßer Str. 65

29525 Uelzen

Ansprechpartner für Rückfragen:

VzF GmbH, Melanie Pern 0581/9040-118

VzF GmbH, Büro Stolpe 04326/2882611

VzF GmbH, Büro Herzlake 05962/934625

1. Ihre Tierarztpraxis / Ihr Tierarzt

Alle Verschreibungen von Antibiotika, die Ihr Tierarzt für die Rinder vornimmt, müssen von nun an von Ihrem Tierarzt in die Antibiotikadatenbank eingegeben werden. Die Eingabe der Antibiotikaverschreibungen in die Datenbank ist aber nur möglich, wenn Sie uns zuvor Ihren Tierarzt oder Ihre Tierarztpraxis benannt haben. Es können auch mehrere Tierärzte benannt werden. Notwendig sind die Daten aller Tierärzte/Tierarztpraxen, die für Ihre Rinder Antibiotika verschreiben.

Name Tierarzt / -praxis:

Straße:

PLZ, Ort:

Tierarzt-ID in VetProof wenn bekannt:

HIT-Nummer wenn bekannt:

2. Tierplatzzahl – Anzahl Mastplätze Rind

Für eine zielgerichtete Auswertung des Antibiotikamonitorings ist die Anzahl der jährlich durchschnittlich belegten Plätze erforderlich. Bitte geben Sie uns diese Daten an, wir werden sie dann in die Antibiotikadatenbank eingeben.

→ Anzahl der durchschnittlich pro Jahr belegten Mastplätze:

3. Freigabe der Einzelverschreibungen für den Bündler VzF GmbH

Ich ermächtige hiermit meinen Bündler VzF GmbH bis auf Widerruf Einsicht in die Einzelverschreibungen zu nehmen.

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift