

## **Nachweis der Schutzimpfung gegen die Paramyxoinfektion der Tauben**

Taubenhalter (Name und vollständige Adresse):  
Bei Schlaggemeinschaften alle Namen

---

---

---

Bezeichnung des Impfstoffes:

Chargen-Nr.:

---

Impfdatum: \_\_\_\_\_

**Hiermit wird bestätigt, dass der gesamte Bestand geimpft ist.**  
Stempel des Impftierarztes (Name und vollständige Adresse)

---

Datum und Unterschrift des Impftierarztes (**bitte in blau unterschreiben**)

**Achtung: Dieses Formular im Original zurückschicken. Das  
Veterinäramt akzeptiert keine Faxe oder Fotokopien.**