

**Landesamt für Verbraucherschutz - Fachbereich Veterinärmedizin Stendal**  
Antrag auf **freiwillige** Untersuchung zur Amerikanischen Faulbrut (AFB) in Sachsen-Anhalt

Seite:  Entnahmedatum:  Probenanzahl:

Auftrags-Nr.,  
-datum:

**Tierhalter / Besitzer / Einsender**

(Registrier-Nr.)

(Betriebsform)  Standimkerei  Wanderimkerei  
(vollständige Anschrift)

Firma, Name (Vor- und Zuname)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort Landkreis (Kfz)

(Tel.)  (Fax)

Post  Kurier  
 selbst

**Zuständige Behörde / VLÜA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Tel.)  (Fax)

**Untersuchungsgrund:**  Eigenkontrolle  Handelsuntersuchung

**Angaben zum Bienenstand:** Stand im Sperrgebiet?  ja  nein

**Exakte Bezeichnung des Bienenstandes** (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer oder falls außerhalb: Gemarkung, Hochwert, Rechtswert)

Straße, Haus-Nr.  Gemarkung / Flurstück

PLZ, Ort  Landkreis (Kfz)  Hochwert (falls bekannt)  Rechtswert (falls bekannt)

**Anzahl der Bienenvölker:**  davon Wirtschaftsvölker:  Ableger:

**Werden vom Imker weitere Bienenbestände bewirtschaftet?**  ja  nein

**Entfernung zum nächsten Bienenstand:**  keine / unbekannt  0 – 1 km  1 - 3 km

**Probenmaterial:**

Kennzeichnung der Probe	Probenart (ankreuzen)				Anzahl der Bienenvölker je Probe	Bezeichnung der Völker je Sammelprobe (zB. BV-Nummer)	Anmerkungen zum Gesundheitszustand
	FKP* (Einzelprobe)	FKP* (Sammelprobe)	Brutwabe mit Verdacht auf AFB	Wurde mit dem Volk gewandert?			
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Die Probennahme erfolgte im Auftrag des zuständigen Veterinäramtes durch:**

VLÜA  Bienensachverständige(n)  Imker selbst  sonstige \_\_\_\_\_

Befund an:  VLÜA  Tierarzt /BS  Imker Name des Probenehmers: \_\_\_\_\_

**LAV LSA FB4 Standort Stendal**  
Haferbreiter Weg 132-135  
39576 Stendal  
Tel. (03931)631 0  
Fax (03931)631 153  
E-Mail: fb4@lav.ms.sachsen-anhalt.de

**Für die Richtigkeit der Angaben:**

\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift des Einsenders