Behandlungen durch den Tierhalter

AAA Beleg Nr. *	Handl. plan Nr. **	Datum Behandlung	Identität des Tieres bzw. Standort	TAM Bezeichnung (Handelsname)	Anw. Art	TAM Dosis	Wartezeit *	Datum Info an Tierarzt **	Unterschrift des AM Anwenders

* Dokumentation freiwillig ** Dokumentation im Rahmen der Metaphylaxe

Zurücksetzen Drucken

.....
Datum / Unterschrift Betreuungstierarzt**