



Untersuchungsauftrag  
Veterinärmedizinische Diagnostik



<input type="checkbox"/> 35392 Gießen Schubertstraße 60 Haus 13 0641-4800 555	<input type="checkbox"/> bakteriologisch	<input type="checkbox"/> mykologisch	<input type="checkbox"/> parasitologisch
<input type="checkbox"/> Postfach (Briefe) 10 06 52, 35336 Gießen	<input type="checkbox"/> virologisch	<input type="checkbox"/> serologisch	<input type="checkbox"/> pathologisch
<input type="checkbox"/> 34131 Kassel Druseltalstr. 67 0561-3101-0	<input type="checkbox"/> Untersuchung auf:.....		

**Einsender/Tierarzt:** **Tierart:**

Name	<input type="checkbox"/> Rind	<input type="checkbox"/> Schwein	<input type="checkbox"/> Fisch
Vorname	<input type="checkbox"/> Pferd	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze
Straße	<input type="checkbox"/> Schaf	<input type="checkbox"/> Ziege	<input type="checkbox"/> Vogel
PLZ	Andere		
Ort	<input type="checkbox"/> Tierarten/Rasse:.....		

**Geschlecht:**

männlich  weiblich  kastriert

**Alter :**

**Untersuchungsmaterial**

Praxisstempel:	<input type="checkbox"/> Blut/Serum	<input type="checkbox"/> Kot	<input type="checkbox"/> Urin
	<input type="checkbox"/> Organ.....	<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Haut/Haare
	<input type="checkbox"/> Gewebeprobe	<input type="checkbox"/> Tupferprobe:.....	
	<input type="checkbox"/> Tierkörper		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: .....		

**Anamnese / klinischer Befund** **Probennahmedatum:** .....

**Vorbehandelt:**  Ja  Nein  unbekannt **Medikamente:**

**Symptome, Dauer der Erkrankung, Haltung** **Todesursache:**  getötet  verendet

.....

**Tierbesitzer:** **Landkreis:**

Adresse	Name:	Vorname:
	Straße:	Tel./Fax:
	PLZ:	Ort:
HTSK Nr.:	Email:	
HIT-Nr. DE		

**Erklärung des Besitzers:** Ich erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden und übernehme die entstehenden Kosten!  
.....  
Unterschrift des Besitzers

Ich widerspreche der anonymisierten Nutzung der Probe/n für Forschungszwecke nach der Untersuchung.

**Rechnungsempfänger:**  Tierarzt  Besitzer  TGD (nur bei vorliegender Verpflichtungserklärung)

**Befundempfänger:**  Einsender  Tierarzt  Tierhalter  sonstige:

**Hessisches Landeslabor:** (wird vom Labor ausgefüllt)

Eingangsdatum:	Angenommen durch:	Auftragsnummer:
----------------	-------------------	-----------------

---

## Antrag auf Inanspruchnahme des Tiergesundheitsdienstes (TGD) bei Rindern und Erklärung über De-minimis-Beihilfen

Vor- und Zuname, vollständige Anschrift

\_\_\_\_\_  
(Tierseuchenkassennummer)

\_\_\_\_\_  
(HIT-Registriernummer)

\_\_\_\_\_  
(Anzahl der Kühe)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail)

Folgender TGD für **Rinder** wird beantragt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- **Sektion**

### Verpflichtungserklärung für die Anforderung des TGD

1. Mit der Anforderung des TGD verpflichte ich mich zur konstruktiven Zusammenarbeit.
2. Ich verpflichte mich, in Zusammenarbeit mit dem Hoftierarzt, die Durchführung der vom TGD empfohlenen Maßnahmen zu veranlassen. Nach Abschluss der Maßnahmen werde ich das Ergebnis dem TGD mitteilen.

Für die Abrechnung mit der Hessischen Tierseuchenkasse (HTSK) wird die Beitragsliste des Tiergesundheitsdienstes zugrunde gelegt. Seit dem 01.01.2023 werden pro Betrieb und Jahr eine Sockelpauschale von 1.000,00 € sowie ein Verfügungsrahmen von 15,00 € je Tier (Kuh) bewilligt. Den auf mich entfallenden Kostenanteil in Höhe von 1/5 des Gesamtbetrages sowie den Betrag, der die oben genannte Deckelungsgrenze übersteigt, werde ich der HTSK - nach Anforderung - erstatten.

***Der Antrag ist genehmigt, wenn diesem von der HTSK nicht innerhalb von 5 Tagen nach Antragseingang widersprochen wird.  
Bitte beachten Sie die Mitteilungen auf den Folgeseiten dieses Antrages.***

---

#### Erläuterung:

Ab 2019 ist die Kostenübernahme der Transporte von Sektionstieren für ganz Hessen zum Landesbetrieb Hessisches Landeslabor in Gießen über die Tierseuchenkasse im Rahmen der Drittelfinanzierung der Tierkörperbeseitigung geregelt. Dies schließt auch die von Tierhaltern selbst zusammen mit dem Tierarzt initiierten Sektionstransporte mit ein. Die Kosten der privat veranlassten Sektionen werden im Rahmen des Tiergesundheitsdienstes abgewickelt.

## Mitteilung an den Zuwendungsempfänger über die Gewährung einer De-minimis-Beihilfe nach Art. 6 Abs. 1 der Verordnung (EU) Nr. 1408/2013

(Tierhalter/Zuwendungsempfänger)

(Tierseuchenkassennummer)

(HIT – Registriernummer)

(Antragsdatum)

Für die beantragte Leistung beabsichtigen wir, Ihnen eine De-minimis-Beihilfe zu gewähren. Die voraussichtliche Höhe der Beihilfe wird 4.000,00 € (Bruttosubventionsäquivalent) nicht übersteigen. Bitte füllen Sie die unten stehende Erklärung über De-minimis-Beihilfen aus und lassen Sie uns diese unterschrieben zukommen.

### Erklärung über „De-minimis-Beihilfen

**Von den Erläuterungen zu De-minimis-Beihilfen für Zuwendungsempfänger habe ich/haben wir Kenntnis genommen.**

Hiermit bestätige ich/bestätigen wir, dass ich/wir als ein einziges Unternehmen im laufenden Kalenderjahr sowie in den vorangegangenen zwei Kalenderjahren

- keine  
 folgende

Beihilfen im Sinne der Verordnungen über Allgemeine De-minimis-Beihilfen, Agrar-De-minimis-Beihilfen, Fischwirtschaft-De-minimis-Beihilfen oder DAWI-De-minimis-Beihilfen erhalten bzw. beantragt habe/n.

Die „Erläuterungen zu De-minimis-Beihilfen für Zuwendungsempfänger“ finden Sie auf unserer Internetseite

**Bereits erhaltene/beantragte De-minimis-Beihilfen der Hessischen Tierseuchenkasse müssen auf diesem Antrag nicht aufgeführt werden!**

Antragsteller und ggf. Unternehmen des Verbundes ①	Datum Zuwendungsbescheid/Vertrag	Beihilfegeber, Aktenzeichen	Art der De-minimis-Beihilfe ② z. B. Bürgschaft, Darlehen, Zuschuss	Beihilfewert in € ③	Agrar-De-minimis-Beihilfe	Gewerbliche De-minimis-Beihilfe	DAWI-De-minimis-Beihilfe	Fischerei-De-minimis-Beihilfe
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir/uns ist bekannt, dass De-minimis-Beihilfen nicht mit anderen Beihilfen für **dieselben förderfähigen Aufwendungen** kumuliert werden dürfen, wenn die aus der Kumulierung resultierende Förderintensität diejenige Förderintensität übersteigen würde, die in einer Gruppenfreistellungsverordnung oder in einer von der Kommission verabschiedeten Entscheidung hinsichtlich der besonderen Merkmale eines jeden Falles festgelegt wurde. Weitere Förderungen für dieselben förderfähigen Aufwendungen habe ich/haben wir/hat das Unternehmen

- nicht erhalten,  
 in Höhe von .....€ im Rahmen des Förderprogramms ..... erhalten/beantragt.

Mir/uns ist bekannt, dass diese Angaben subventionserheblich im Sinne von § 264 StGB sind und dass ein Subventionsbetrug nach dieser Vorschrift strafbar ist. Ich/wir verpflichten/n mich/uns, Ihnen unverzüglich Änderungen der vorgenannten Angaben zu übermitteln, sobald mir/uns diese bekannt werden.

(Ort und Datum)

(Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift)