



**Antrag zur Erteilung einer Ausnahmegenehmigung  
nach § 4 Abs. 2 des Tierische Nebenprodukte-Beseitigungsgesetzes (TierNebG)  
zur Abholung und Kremierung eines Equiden**

**Hiermit beantrage ich:**

Antragssteller (Halter<sup>1</sup> des toten Equiden): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

**für folgenden Equiden:**

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  kastriert

Alter: \_\_\_\_\_

UELN/Eindeutige Lebensnummer: \_\_\_\_\_

Transpondernummer: \_\_\_\_\_

Passnummer: \_\_\_\_\_

Datum des Verendens/der Euthanasie: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer, Name und Adresse des Betreibers des Haltungsbetriebs des Tieres zum

Zeitpunkt des Todes: \_\_\_\_\_

**eine Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 TierNebG zur Kremierung.**

Der Tierkörper wird von folgendem, dafür zugelassenen/registrierten Unternehmen abgeholt:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Ist der Halter nicht gleichzeitig Eigentümer oder Besitzer des Tierkörpers, handelt der Halter im Auftrag des Eigentümers oder Besitzers, wenn dieser nicht selbst tätig wird.

Zulassungs-/Registriernummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

Der Tierkörper wird in einem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert

ja  nein

**Wenn ja bitte ausfüllen**

Der Tierkörper wird bis zu seiner Abholung zum Krematorium in folgendem, dafür zugelassenem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

Der Tierkörper wird zu folgender, zugelassener Verbrennungsanlage gebracht und dort kremiert:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

**Bestätigung des Tierhalters des toten Equiden:**

***Von den Ausführungen im Merkblatt des Landratsamtes Mittelsachsen vom 10.07.2019 für das Abholen und Kremieren von toten Equiden habe ich Kenntnis genommen.***

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bestätigung des Tierarztes (wird vom Tierarzt ausgefüllt):**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, dass der o.a. tote Equide, keine Anzeichen einer anzeigepflichtigen Tierseuche gezeigt hat. Die o.g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.**

\_\_\_\_\_  
Datum Untersuchung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes