

Kreisverwaltung Mayen-Koblenz  
Lebensmittelüberwachung u. Veterinärwesen

Postfach 20 09 51  
56009 Koblenz

Fax: 0261-309651

---

**Klinische Untersuchung von Bienenvölkern zur Erstellung  
einer Gesundheitsbescheinigung gem. § 5 BienSeuchV**

**Besitzer des Bienenstandes:**

(= Rechnungsadresse)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

**Angaben zu dem Bienenstand:**

\_\_\_\_\_  
Standort des Bienenstandes

\_\_\_\_\_  
Kennzeichnung des Bienenstandes

\_\_\_\_\_  
Anzahl der Bienenvölker

Ich, Herr/Frau \_\_\_\_\_ habe den oben-  
(Name und Anschrift des amtl. Bienenseuchensachverständigen)  
genannten Bienenstand auf Amerikanische Faulbrut untersucht.

Bezüglich der Anzahl der zu untersuchenden Völker wurde entsprechend dem Stich-  
probenschlüssel (Rückseite) verfahren.

Das Ergebnis war:    positiv   
                             negativ

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BSSV