

DATUM: _____

Name: _____

Adresse: _____

Zahl der geimpften Tauben: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich von den Tierärzten der Praxis **XXX** über den Impfstoff Colvac RP („Pharmagal s.r.o., Murgašova 5, Nitra 949 01, Slowakei, Zulassung in Tschechien), der in Deutschland keine Zulassung besitzt und nur mit Sondergenehmigung vom Niedersächsischen Ministerium für Niedersächsische Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz verwendet werden darf, aufgeklärt wurde und mir die diesbezüglichen Risiken ausführlich erläutert wurden.

Mir ist bekannt, dass die Tauben gründlich auf eventuelle Nebenwirkungen der erfolgten Impfung hin zu beobachten sind und diese an den/die oben genannten Tierärzte zurückgemeldet werden müssen. Dafür wurde mir der Fragebogen „RVA-Impfung Rückmeldung Impfunverträglichkeiten“ ausgehändigt. Des Weiteren wurde ich informiert, dass der Fragebogen „RVA-Impfung Rückmeldung Impfdurchbruch“ ausgefüllt werden muss, falls meine Jungtauben im Laufe der Saison trotz Impfung an Symptomen der Jungtaubenkrankheit leiden sollten. In diesem Fall empfehlen wir nach Rücksprache mit Ihrem Tierarzt eine Untersuchung auf das Taubenrotavirus A durchzuführen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass mein Bestand im Rahmen der Sondergenehmigung an die zuständigen Behörden gemeldet werden muss.

Unterschrift: _____

Impfender Tierarzt:

XXXXX