

An den  
Landkreis Cuxhaven  
Bereich Veterinärwesen  
27470 Cuxhaven

**A n t r a g auf Ausstellung einer  
A m t s t i e r ä r z t l i c h e n B e s c h e i n i g u n g  
nach § 5 Abs. 1 der Bienenseuchenverordnung**

Hiermit beantrage ich o. g. Bescheinigung aufgrund des § 5 Abs. 1 der Bienenseuchenverordnung.

**I. Angaben zur Identifizierung der Bienen**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Postanschrift:** \_\_\_\_\_

<b>Bienenstand / Standort / Gemarkung, Flur, Flurstück</b>	<b>Anzahl der Völker</b>

**II. Untersuchungsart:**

Die klinische Untersuchung (der verdeckelten Brut) o. g. Völker/Standort ist am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_ erfolgt. In diesem Fall muss der zuständige Bienengesundheitsobmann das Ergebnis seiner Untersuchung dem Landkreis Cuxhaven, Bereich Veterinärwesen ebenfalls mitteilen.

Die bakteriologische Untersuchung (Futterkranzprobe oder Honigprobe der letzten Schleuderung) o. g. Völker/Standort wurde am \_\_\_\_\_ genommen und mit Prüfbericht vom \_\_\_\_\_ abgeschlossen. In diesem Fall muss der entsprechende Prüfbericht dem Landkreis Cuxhaven, Bereich Veterinärwesen vorgelegt bzw. diesem Antrag beigelegt werden.

**III. Hinweise zur Gültigkeit**

Die beantragte Bescheinigung hat (ab Datum der Probenahme) eine Geltungsdauer bei Untersuchung nach dem 01.09. von neun Monaten und vor dem 01.09. max. bis 31.12. des Kalenderjahres. Beim Verbringen / Wandern innerhalb von Niedersachsen kann die Bescheinigung eine Geltungsdauer, bei Vorlage einer bakteriologischen Untersuchung, von 12 Monaten haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift