

Jahr \_\_\_\_\_

Blatt Nr. \_\_\_\_\_

# Bestandsbuch

über die Anwendung von Arzneimitteln  
bei Bienenvölkern

Bienenhalter\*in \_\_\_\_\_

Straße Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Bienenstand: \_\_\_\_\_ je Standort ein Blatt

TSK Nummer: \_\_\_\_\_



BZV  
Neunkirchen-Seelscheid

Datum der Anwendung <b>1</b>	Volksbezeichnung <b>2</b>	Bezeichnung des Arzneimittels Name/Anschrift des Lieferanten <b>3</b>	Verabreichte Menge <b>4</b>	Art der Verabreichung <b>5</b>	Beleg für den Erwerb des Arzneimittels <b>6</b>	ggf. Name und Kontaktdaten des verschreibenden Arztes <b>7</b>	Wartezeit bis zur nächsten Honigentnahme <b>8</b>	Behandlungsdauer <b>9</b>	Unterschrift der behandelnden Person <b>10</b>
<p><b>Erläuterungen:</b> Wir empfehlen je Standort ein eigenes Blatt zu verwenden</p> <p><b>1:</b> Datum der Anwendung/Behandlungen</p> <p><b>2:</b> Bezeichnung des behandelten Volkes</p> <p><b>3:</b> Bezeichnung des verwendeten Mittel und des Lieferanten z.B. Ameisensäure ad us. vet.(AS 60%), MiteAwayQuick-Strips, Milchsäure (MS), OS-Dihydrat (z.B. Oxuvar),</p> <p><b>4:</b> Angewendete Menge pro Behandlung und Bienenstand</p> <p><b>5:</b> Art der Verabreichung: z.B. Verdunsten (z.B. Schwammtuch von oben o. unten), Langzeit-Verdunster, Besprühen mit MS, Beträufeln mit OS</p> <p><b>6:</b> Falls vorhanden Nr. und Datum des tierärztlichen Arzneimittel-Abgabebelegs;</p> <p><b>7:</b> Falls ein Arzt hinzugezogen wurde Name und Anschrift des Arztes</p> <p><b>8:</b> Wartezeit bis zur nächsten Honigentnahme</p> <p><b>9:</b> Bei z.B. Intervallbehandlung Anzahl Wiederholungen und den Abstand zwischen den Behandlungen angeben</p> <p><b>10:</b> Eigenhändige Unterschrift der behandelnden Person</p> <p><i>Anwendungsvorschriften der Hersteller sind unbedingt zu beachten!! Kontrollen durchführen mit Varroagitter u. Bodeneinlagen oder mit Puderzuckerdiagnose Dokumentation nach jeder Anwendung; Beleg 5 Jahre aufbewahren!</i></p>									

Jahr \_\_\_\_\_

Blatt Nr. \_\_\_\_\_

# Bestandsbuch

über die Anwendung von Arzneimitteln  
bei Bienenvölkern

Bienenhalter\*in \_\_\_\_\_

Straße Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Bienenstand: \_\_\_\_\_

je Standort ein Blatt

TSK Nummer: \_\_\_\_\_



BZV  
Neunkirchen-Seelscheid

Datum der Anwendung	Volksbezeichnung	Bezeichnung des Arzneimittels Name/Anschrift des Lieferanten	Verabreichte Menge	Art der Verabreichung	Beleg für den Erwerb des Arzneimittels	ggf. Name und Kontaktdaten des verschreibenden Arztes	Wartezeit bis zur nächsten Honigentnahme	Behandlungsdauer	Unterschrift der behandelnden Person