

# BHV<sub>1</sub>-Impfliste

Name : ..... RegistrierNr.: **03 461** .....

Anschrift : .....

Nachfolgende Zuchtrinder wurden am ..... gegen BHV1 geimpft.

Ifd. Nr.	Ohrmarke	Reagent? ja nein		Ifd. Nr.	Ohrmarke	Reagent? ja nein
1.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		31.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		32.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		33.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		34.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		35.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		36.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		37.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		38.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		39.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		40.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		41.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		42.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		43.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		44.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		45.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		46.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		47.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		48.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		49.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		50.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		51.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		52.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		53.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		54.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		55.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		57.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		58.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		59.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		60.	DE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zusätzlich wurden am ..... insgesamt ..... Masttrinder gegen BHV1 geimpft.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Landwirt

.....  
Unterschrift und Stempel Tierarzt