Verantwortliche/r Tierarzt/Tierärztin für die praktische Prüfung:   
*[Name, Anschrift]*

Bestellt als Prüfer/in von:  
*[Name, Anschrift Kreisverwaltungsbehörde]*

**Bescheinigung über die erfolgreich abgelegte praktische Prüfung nach**

**§ 6 Abs. 2 Nr. 5 i. V. m. § 7 Abs. 3 Satz 2 und 4 der**

**Ferkelbetäubungssachkundeverordnung (FerkBetSachkV)**

Frau/Herr**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsort und Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

hat am [Datum] die Prüfung nach § 7 Abs. 4 Satz 2 FerkBetSachkV erfolgreich absolviert und damit ihre/seine praktischen Fähigkeiten auf den Gebieten nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 bis 5 FerkBetSachkV nachgewiesen.

Die Prüfung wurde in folgendem Betrieb durchgeführt:

* *[Name, Anschrift]:*
* in einer Schulungseinrichtung *[Name, Anschrift]:*

Aufsichtführende/r Tierärztin/Tierarzt:  Prüfer/in selbst  *[Name, Anschrift]:*

**Für alle folgend genannten Tätigkeiten wurden mindestens ausreichende Fähigkeiten demonstriert:**

Vorbereitung des Ferkels auf den Eingriff, einschließlich klinische Untersuchung auf Narkosefähigkeit und normale anatomische Beschaffenheit und Lage der Hoden

korrekte Anwendung eines schmerzstillenden Tierarzneimittels

Durchführung der Ferkelkastration unter Betäubung

Narkoseüberwachung und Beurteilung der Narkosetiefe

Nachsorge

Aufbau, Bedienung, Reinigung und Lagerung des Narkosegeräts

Dosierung und Anwendung sowie ordnungsgemäßer Umgang mit den verwendeten Tierarzneimitteln (Lagerung, Entsorgung, Dokumentation)

Hygiene und Desinfektion (Gerätschaften sowie Personal-, Wund-, Umgebungshygiene)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Ort, Datum Unterschrift des/der prüfenden Tierarztes/Tierärztin