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

[x]  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