

**Antrag zur Erteilung einer Ausnahmegenehmigung  
nach § 4 Abs. 2 des Tierische Nebenprodukte-Beseitigungsgesetzes  
(TierNebG)  
zur Abholung und Kremierung eines Equiden**

**Hiermit beantrage ich:**

Antragsteller (Halter<sup>1</sup>des toten Equiden): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

**für folgenden Equiden:**

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht (bitte ankreuzen):

männlich       weiblich       kastriert

Alter: \_\_\_\_\_

UELN/Eindeutige Lebensnummer: \_\_\_\_\_

Transpondernummer: \_\_\_\_\_

Passnummer: \_\_\_\_\_

Datum des Verendens/der Euthanasie: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer, Name und Adresse des Betreibers des Haltungsbetriebs des Tieres zum

Zeitpunkt des Todes: \_\_\_\_\_

**eine Ausnahmegenehmigung nach § 4 Abs. 2 TierNebG zur Kremierung.**

Der Tierkörper wird von folgendem, dafür zugelassenen/registrierten Unternehmen abgeholt:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zulassungs-/Registriernummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Ist der Halter nicht gleichzeitig Eigentümer oder Besitzer des Tierkörpers, handelt der Halter im Auftrag des Eigentümers oder Besitzers, wenn dieser nicht selbst tätig wird.

Der Tierkörper wird in einem Zwischenbehandlungsbetrieb zwischengelagert

ja       nein

Wenn ja bitte ausfüllen:

Der Tierkörper wird bis zu seiner Abholung zum Krematorium in folgendem, dafür zugelassenen **Zwischenbehandlungsbetrieb** zwischengelagert:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

Der Tierkörper wird zu folgender, zugelassener **Verbrennungsanlage** gebracht und dort kremiert:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zulassungsnummer nach VO (EG) Nr. 1069/2009: \_\_\_\_\_

**Bestätigung des Tierhalters des toten Equiden:**

**Von den Ausführungen im Merkblatt (VI) des TMSGAF vom 05.01.2026 für das Abholen und Kremieren von toten Equiden habe ich Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bestätigung des Tierarztes (wird vom Tierarzt ausgefüllt):**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, dass der o.a. tote Equide keine Anzeichen einer anzeigepflichtigen Tierseuche gezeigt hat. Die o.g. Identität des Equiden wurde von mir überprüft und wird hiermit bestätigt.**

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel des Tierarztes