**AFB Kontrollen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beauftragungs- Zahl** |  | **Bei Probenahme Proben ID angeben** | **Zeitaufwand**  | **Kilometer**  |
| **LFBIS Bienenstand** | **Stock #** | **Datum der Kontrolle**  | **Klinische Anzeichen von AFB** |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  | 🞎 NEIN | 🞎 JA |  | von: bis: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Name und Unterschrift des Bienenseuchensachverständigen