



AFB Kontrollen

Beauftragungs- Zahl				Bei Probenahme	Zeitaufwand		Kilometer
LFBIS Bienenstand	Stock #	Datum der Kontrolle	Klinische Anzeichen von AFB		Proben ID angeben	von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:
			<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		von:	bis:

Datum, Name und Unterschrift des Bienenseuchensachverständigen