





## WYPEŁNIA LEKARZ WETERYNARII

## Opinia lekarza weterynarii leczącego / przeprowadzającego sekcję zwłok \*

Data wezwania lekarza .....

Gatunek zwierzęcia .....

Stan odżywienia .....

Płeć .....

Waga .....

Nazwa zakładu leczniczego .....

Przebieg leczenia: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyczyna padnięcia .....

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Pieczęć i podpis lekarza weterynarii*

## Opinia lekarza weterynarii w przypadku skierowania zwierzęcia na ubój z konieczności.

Określenie przyczyny skierowania na ubój .....

.....

Ocena przydatności mięsa do spożycia przez ludzi lub zwierzęta .....

.....

Ustalenie sposobu zagospodarowania mięsa .....

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Pieczęć i podpis lekarza weterynarii*

\* niepotrzebne skreślić