**Amtlicher Sachverständiger für Bienenkrankheiten gem. § 5 des Bienenseuchengesetzes**

Nachname:Vorname:

Straße:     Hausnummer:     Postleitzahl:

Ort:     Handy:

E-Mail:

Bezirk:       Datum:

**ImkerInn**

**Nachname:       Vorname:**

Straße:     Hausnummer:     Postleitzahl:

Ort:     Telefon:     Handy:

E-Mail:

VIS Registrierungsnr.: Anzahl der Bienenvölker:

Standort der Bienen:

**Erhebung**

Hinweis auf bösartige Faulbrut: JA [ ]  NEIN [ ]

(Amerikanische Faulbrut / Kontrolle Brutwaben und übrige Waben im Bienenvolk)

Hinweis auf den Befall mit dem kleinen Bienenstockkäfer: JA [ ]  NEIN [ ]

(Aethina tumida)

Hinweis auf den Befall mit der Tropilaelapsmilbe JA [ ]  NEIN [ ]

(Tropilaelaps spp.)

seuchenhaftes Auftreten von Varroose JA [ ]  NEIN [ ]

(drohendes oder erfolgtes Absterben von mindestens 30% der Völker)

Hinweis auf nicht anzeigepflichtige Bienenkrankheiten JA [ ]  NEIN [ ]

(Nosema, Ruhr, Kalkbrut, …)

Wenn ja, welche:

**Beurteilung**

Zum Zeitpunkt der Überprüfung liegen keine klinischen Anzeichen einer anzeigepflichtigen Krankheit vor:

JA [ ]  NEIN [ ]

Ort / Datum Unterschrift Sachverständigen

**Erweiterte Daten**

**Probenentnahme**

Probenentnahme JA [ ]  NEIN [ ]

Bemerkung:

**Futterkranzproben**

Probenentnahme JA [ ]  NEIN [ ]

Probe 01 /Volknr.:       Probe 02 /Volknr.:

Probe 03 /Volknr.:       Probe 04 /Volknr.:

Probe 05 /Volknr.:       Probe 06 /Volknr.:

Probe 07 /Volknr.:       Probe 08 /Volknr.:

Probe 09 /Volknr.:       Probe 10 /Volknr.:

Bemerkung:

 (1 Probe kann aus den Entnahmen von 6 Völkern bestehen / Sammelprobe)

**Völkerzukauf / Verkauf**

Zukauf (dieses Jahr und letztes) JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn JA, von wem und wann genau:

Verkauf (dieses Jahr und letztes) JA [ ]  NEIN [ ]

Wenn JA, von wem und wann genau:

**Weitere Standorte** (Wanderstände / …)

Standort:

**Bienenstöcke im näheren Umfeld** (eventuell nicht gemeldete Völker / Verdacht auf Krankheiten / …)

Standort / Imker:

**Bemerkung**