

I. Angaben zum Besitzer  
Details of ownership

1. Nachname / Surname

MÜHLECHNER

Vorname / Name

JOHANN

Anschrift / Address

BACHING 11

Postleitzahl / Postcode Ort / City

4941

MEHRNBACH

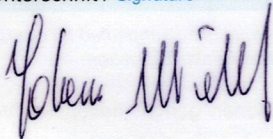
Land / Country

ÖSTERREICH

Telefonnummer / Telephone number\*

0676 / 672 66 03

Unterschrift / Signature



\* Freiwillige Angabe / optional

4 von 36

040-0526641

I. Angaben zum Besitzer  
Details of ownership

2. Nachname / Surname

TOLVAJ

Vorname / Name

TOMÁŠ

Anschrift / Address

ŠÍD 334

Postleitzahl / Postcode Ort / City

986 01

FIZAKOVO

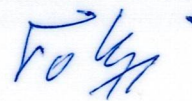
Land / Country

SLOVENSKÁ REPUBLIKA

Telefonnummer / Telephone number\*

+421907 25 23 94

Unterschrift / Signature



\* Freiwillige Angabe / optional

040-0526641

5 von 36

**I. Angaben zum Besitzer**  
*Details of ownership*

3. Nachname / Surname

[Empty field for Surname]

Vorname / Name

[Empty field for Name]

Anschrift / Address

[Empty field for Address]

Postleitzahl / Postcode

Ort / City

[Empty field for Postcode]

[Empty field for City]

Land / Country

[Empty field for Country]

Telefonnummer / Telephone number\*

[Empty field for Telephone number]

Unterschrift / Signature

[Empty field for Signature]

\* Freiwillige Angabe / optional

**II. Beschreibung des Tieres**  
*Description of animal*

Foto des Tieres (freiwillig)  
Picture of the animal (optional)

1. Name\* / Name\*

YRRA vom WEINBERGBLICK

2. Art / Species

HUND

3. Rasse\* / Breed\*

D.S.

4. Geschlecht / Sex

HÜNDIN

5. Geburtsdatum\*

Date of birth\*

26.10.2016

6. Farbe / Colour

GRAU

7. Erkennbare Besonderheiten oder Merkmale, falls vorhanden  
Any notable or discernable features or characteristics

[Empty field for features or characteristics]

\* Nach Angabe des Besitzers / as stated by the owner

**III. Kennzeichnung des Tieres**  
*Marking of animal*

1. Alphanumerischer Transpondercode  
*Transponder alphanumeric code*



981189900081565 981

6

2. Datum der Implantierung oder Ablesung\* des Transponders  
*Date of application or reading\* of the transponder*

15.12.2016

3. Implantierungsstelle / *Location of the transponder*

li. Halsseite

4. Alphanumerischer Tätowierungscode  
*Tattoo alphanumeric code*

5. Datum der Tätowierung / Datum der Ablesung der Tätowierung  
*Date of application / Date of reading of the tattoo*

/

6. Tätowierungsstelle / *Location of the tattoo*

Die Kennzeichnung ist vor jedem neuen Eintrag  
in diesen Ausweis zu überprüfen.

*The making must be verified before any new entry  
is made on this passport.*

\* Nichtzutreffendes streichen / *Delete as necessary*

8 von 36

040-0526641

**IV. Ausstellung des Ausweises**  
*Issuing of the passport*

Name des ermächtigten Tierarztes  
*Name of the authorised veterinarian*

**Mag. Angelika Putzenbacher**

Anschrift / *Address*

Hauptstrasse 39

Postleitzahl / *Postcode*

4770

Ort / *City*

Andorf

Land / *Country*

Österreich

Telefonnummer / *Telephone number*

+43 (0) 7766/50199, Fax: DW-50

E-Mail-Adresse / *E-mail address*

office@kleintier-praxis.at

Ausstellungsdatum / *Date of issuing*

15.12.2016



vet



**Mag. Angelika Putzenbacher**  
Kleintierpraxis

Hauptstrasse 39, 4770 Andorf  
Stempel und Unterschrift / *Stamp & Signature*  
Tel: +43(0)7766/50199, Fax: DW-50  
E-Mail: office@kleintier-praxis.at

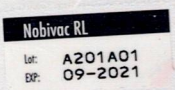
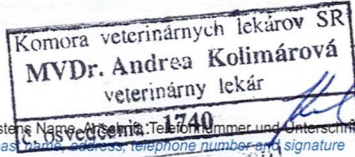
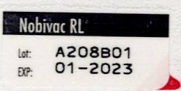





040-0526641

9 von 36

# V. Vaccination against rabies

Hersteller und Name des Impfstoffs Manufacturer & Name of vaccine	Chargennummer Batch number	Impfdatum/ Vaccination date <sup>1</sup> Gültig ab <sup>2</sup> / Valid from <sup>2</sup> Gültig bis <sup>3</sup> / Valid until <sup>3</sup>	Ermächtigter Tierarzt Authorised veterinarian
		1 16.2.17 2 3 12.2.18	 Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift At least name, address, telephone number and signature
		1 8.7.2018 2 3 8.7.2019	 Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift At least name, address, telephone number and signature
		1 9.1.2019 2 3 9.7.2020	 Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift At least name, address, telephone number and signature

040-0526641

		1 31.7.2020 2 3 31.7.2021	 Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift At least name, address, telephone number and signature
		1 10.02.2014 2 22.02.2014 3 07.02.2013	 Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift At least name, address, telephone number and signature
		1 10/01/24 2 3 10/01/25	<p>João Paulo Dantas Fernandes CRMV-RS 22517 RT Canil Don Odé </p> Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift At least name, address, telephone number and signature
		1 10/01/24 2 3 10/01/25	<p>João Paulo Dantas Fernandes CRMV-RS 22517 RT Canil Don Odé </p> Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift At least name, address, telephone number and signature

040-0526641

# IX. Sonstige Impfungen Other vaccinations

Hersteller und Name des Impfstoffs  
Manufacturer & Name of vaccine

Chargennummer  
Batch number

Impfdatum<sup>1</sup>/ Vaccination date<sup>1</sup>  
Gültig bis<sup>2</sup>/ Valid until<sup>2</sup>

Tierarzt  
Veterinarian



**Mag. Angelika Putzenbacher**  
Kleintierpraxis

Hauptstrasse 39 4770 Andorf  
Stempel und Unterschrift / Stamp and signature  
Tel.: +43(0)7760/50199, fax: DW-50  
E-Mail: office@kleintier-praxis.at

040-0526641

**EURICAN DHPPI2/SHPPi2 Lmulti**  
LOT: L433701 07/06-2017

1 15.12.16  
2 15.12.17

**VERSICAN Plus L4**  
Lot: 03562303  
EXP: 31.03.2018

2.1.17  
23.1.17

Komora veterinárnych lekárov SR  
MUDr. **PALEČKA**  
veterinárny lekár  
Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

**EURICAN DHPPI2**  
Lot: L435374 10/11-2017

1 14.2.17  
2 12.2.18

Komora veterinárnych lekárov SR  
MUDr. **PALEČKA**  
veterinárny lekár  
Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

040-0526641

**Nobivac DHPPI**  
Lot: A492F01 06-2019

**Nobivac L4**  
Lot: A081A02 03-2019

1 8.1.2018  
2 8.1.2019

Komora veterinárnych lekárov SR  
MUDr. **Andrea Kolimárová**  
veterinárny lekár  
č. osvedčenia: 1740

**Nobivac DHPPI**  
Lot: A543C01 07-2020

**Nobivac L4**  
Lot: A102A01 11-2019

1 9.1.2019  
2 9.1.2020

Komora veterinárnych lekárov SR  
MUDr. **Andrea Kolimárová**  
veterinárny lekár  
č. osvedčenia: 1740

**Nobivac DHPPI**  
Lot: A575E01 07-2021

1 31.1.2020  
2 31.1.2021

Komora veterinárnych lekárov SR  
MUDr. **Andrea Kolimárová**  
veterinárny lekár  
č. osvedčenia: 1740

**Nobivac DHPPI**  
Lot: A600D01 04-2022

1 01.02.2021  
2 01.02.2022

Komora veterinárnych lekárov SR  
MUDr. **Andrea Kolimárová**  
veterinárny lekár  
č. osvedčenia: 1740

27 von 36

# IX. Sonstige Impfungen Other vaccinations

Hersteller und Name  
des Impfstoffs  
Manufacturer &  
Name of vaccine

Chargen-  
nummer  
Batch number

Impfdatum<sup>1</sup>/ Vaccination date<sup>1</sup>  
Gültig bis<sup>2</sup>/ Valid until<sup>2</sup>

Tierarzt  
Veterinarian

Nobivac<sup>®</sup> LEPTO 6

Nobivac<sup>®</sup> DHPPi ad us. vet.

Lot: A333A01  
Exp: 04-2024

Lot: 0129040B01  
Exp: 04-2024

1 21.12.22

2

Tierarztpraxis Animalhouse  
Toszenburgerstrasse 35  
9500 WILSG / 071 911 55 11

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

1

2

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

1

2

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

1

2

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

1

2

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

1

2

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

1

2

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

040-0526641

040-0526641

# X. Klinische Untersuchung Clinical examination

Bestätigung / Declaration

Datum / Date

Ermächtigter Tierarzt\*

Authorised veterinarian

Das Tier weist keine Krankheitsanzeichen auf und ist im Hinblick auf die vorgesehene Reise transportfähig.

*The animal shows no signs of diseases and is fit to be transported for the intended journey.*

9.2  
2018

**MVDr. Andrea Kolimárová**  
číslo osvedčenia: 1740  
Nám. Slobody 46, 986 01 Fiľakovo  
mobil: 0908 315 623

Das Tier weist keine Krankheitsanzeichen auf und ist im Hinblick auf die vorgesehene Reise transportfähig.

*The animal shows no signs of diseases and is fit to be transported for the intended journey.*

27.4  
2018

Komora veterinárnych lekárov SR  
**MVDr. Andrea Kolimárová**  
veterinárny lekár

Das Tier weist keine Krankheitsanzeichen auf und ist im Hinblick auf die vorgesehene Reise transportfähig.

*The animal shows no signs of diseases and is fit to be transported for the intended journey.*

4.7  
2018

Komora veterinárnych lekárov SR  
**MVDr. Andrea Kolimárová**  
veterinárny lekár  
č. osvedčenia: 1740

Das Tier weist keine Krankheitsanzeichen auf und ist im Hinblick auf die vorgesehene Reise transportfähig.

*The animal shows no signs of diseases and is fit to be transported for the intended journey.*

12.7  
2019

**MVDr. Andrea Kolimárová**  
číslo osvedčenia: 1740  
Nám. Slobody 46, 986 01 Fiľakovo  
mobil: 0908 315 623

\* Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift / \* At least name, address, telephone number and signature

# XI. Beglaubigung Legalisation

Beglaubigungsstelle / Legalising body

Datum / Date

Stempel / Unterschrift

*[Faint, illegible text]*

11.6  
2019

Komora veterinárnych lekárov SR  
**MVDr. Andrea Kolimárová**  
veterinárny lekár  
č. osvedčenia: 1740

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

*[Faint, illegible text]*

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

*[Faint, illegible text]*

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

*[Faint, illegible text]*

Stempel und Unterschrift / Stamp and signature

**XII.** Verschiedenes  
Others

17.9.2019 OTITIS EXT. BICAT., VPRAVO HORŤIA  
VYŤIST. UŤI, EAROTIC 1+d.

25.09.2019 3d, 9; hematuria, sečvätenosť  
inj. baboziole → EHRoxol 3, iminol 0,8 ml  
Coluafone 1ml.

040-0526641

040-0526641