



Tierarzt / Einsender (Stempel)	Tierbesitzer (mit Betriebsnummer)	Empfänger: Rechnung Befund
		Tierbesitzer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tierarzt / Einsender <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____		Nur TGD-interne Proben: LEB-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Projekt Bienengesundheit <input type="checkbox"/> Kein Projekt

Probenmaterial:  Bienen/-brut  Bienenprodukte  Futterkranzprobe  Sonstiges: \_\_\_\_\_

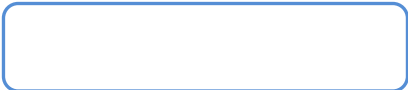
Lfd. Nr.	Bezeichnung	Standnummer / Standidentifikation (inkl. PLZ)	Volknummer	Datum Probenahme (TTMMJJ)	Probenahme durch
1				<input type="text"/>	
2				<input type="text"/>	
3				<input type="text"/>	

<b>RÜCKSTANDSUNTERSUCHUNGEN</b> <input type="checkbox"/> <b>Paket Pflanzenschutz- und Bienenarzneimittel</b> (ohne Neonicotinoide) <input type="checkbox"/> <b>Paket Neonicotinoide</b> <input type="checkbox"/> <b>Paket Pyrrolizidin-Alkaloide</b> <input type="checkbox"/> <b>Einzelparameter Glyphosat</b> <input type="checkbox"/> <b>Paket Wachsverfälschungen</b>	<b>UNTERSUCHUNGEN AN BIENEN / BRUT</b> <input type="checkbox"/> <b>Bienenschädlinge</b> Kleiner Beutenkäfer, Wachsmotte etc. <input type="checkbox"/> <b>Parasitenbefall auf Körperoberfläche</b> <i>Varroa</i> etc. <input type="checkbox"/> <b>Parasitenbefall im Bienenkörper</b> <i>Nosema</i> , Amöben, Tracheenmilbe etc. <input type="checkbox"/> <b>Virusinfektionen</b>
<b>QUALITÄTS- / SORTENANALYSE HONIG</b> <input type="checkbox"/> <b>Sortenbestimmung</b> (Sensorik, Wassergehalt, elektr. Leitfähigkeit, Pollenanalyse) <input type="checkbox"/> <b>Vollanalyse</b> (Sensorik, Wassergehalt, elektr. Leitfähigkeit Invertase-Aktivität, Pollenanalyse)	<b>FUTTERKRANZPROBEN</b> <input type="checkbox"/> <b>Untersuchung auf Sporen des Erregers der Amerikanischen Faulbrut</b> ( <i>Paenibacillus larvae</i> )
<b>SONSTIGE UNTERSUCHUNGSWÜNSCHE</b> <input type="checkbox"/>	

**Bitte beachten Sie bei Probennahme und Versand stets die Merkblätter des BGD auf der Homepage des TGD Bayern e.V. und setzen Sie sich ggf. vorher mit dem BGD in Verbindung (089 - 90 91 - 231).**

Vorbericht / Kulturpflanzenbestände um Bienenstand / sonstige Hinweise (ggf. Rückseite benutzen)

**Achtung! Dieser Antrag ist ohne Ihre Unterschrift auf Seite 2 unvollständig und kann nicht bearbeitet werden.**



**Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz teilen wir Ihnen folgende Informationen mit:**

- Verantwortlicher: Tiergesundheitsdienst Bayern e. V. Senator-Gerauer-Str. 23, 85586 Poing  
Dr. Andreas Randt, Geschäftsführer, [andreas.randt@tgd-bayern.de](mailto:andreas.randt@tgd-bayern.de) +49 (0)89 9091 0;  
Walter Heidl, 1. Vorsitzender, [gf@tgd-bayern.de](mailto:gf@tgd-bayern.de)
- DSB: Thomas Eberl, [thomas.eberl@complimant.de](mailto:thomas.eberl@complimant.de) +49 (0)8623 987 39 45
- Zweck der Verarbeitung: Ihre Daten werden zur korrekten Abwicklung des Untersuchungsauftrags verarbeitet.
- Empfänger: Ihre Daten werden grundsätzlich nur durch Mitarbeiter des TGD sowie seiner Kooperationspartner / beteiligter Dritter verarbeitet.
- Eine Übermittlung in Drittländer ist nicht vorgesehen.
- Personenbezogene Daten werden grundsätzlich gelöscht, sobald keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten mehr dagegen sprechen. Da wir angehalten sind, Untersuchungsergebnisse zu statistischen Zwecken aufzubewahren, werden diese darüber hinaus weiterhin gespeichert.
- Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre beim TGD gespeicherten personenbezogenen Daten, auf Berichtigung oder Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit.
- Sie haben jederzeit das Recht, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde gegen die Verarbeitung einzulegen.
- Die Bereitstellung der Daten ist zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung notwendig. Eine Nichtbereitstellung würde das Zustandekommen eines Vertrages verhindern.

- 
- Mit der Übermittlung der den Untersuchungsauftrag betreffenden Daten über unverschlüsselte Email an mich und an die Kooperationspartner sowie beteiligte Dritte (z. B. weiterer Tierarzt) bin ich einverstanden.**
  - Ich versichere, dass mir auf Basis der geförderten Untersuchung kein wirtschaftlicher Vorteil entsteht (Voraussetzung für eine Förderung).**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum (TTMMJJ)  Unterschrift Einsender \_\_\_\_\_