|  |
| --- |
|  |
|  |

**Formular: Praktikum Fleischhygiene**

Praktikant/in

Betreuende/r amtliche/r TierärztIn:

Betrieb / Institution / Kanton:

| **Bereich** | **Detailtätigkeit** | **Anzahl Tage** | Erfüllt  Datum: Visum: | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schlachttieruntersuchung** | Durchführung der Schlachttieruntersuchung inkl. Anlieferkontrolle bei Tieren der Rindergattung |  |  |  |
|  |  |
| Durchführung der Schlachttieruntersuchung inkl. Anlieferkontrolle bei Tieren der Schweinegattung |  |  |  |
| Durchführung der Schlachttieruntersuchung bei mindestens zwei der folgenden Spezies: Kleinwiederkäuer, Pferd, Geflügel, Kaninchen |  |  |  |
| **Fleisch-kontrolle** | Fleischkontrolle am Schlachtband beim Schwein |  |  |  |
| Fleischkontrolle am Schlachtband bei Rind / Kalb, Schaf |  |  |  |
| **Probenentnahmen** | Entnahme von Proben zur mikrobiologischen Fleischuntersuchung |  |  |  |
| Entnahme von Oberflächenproben bei Schlachttierkörpern zur Bestimmung der mikrobiellen Belastung, Beurteilung der Resultate |  |  |  |
| Entnahme von Oberflächenproben von Einrichtungsgegenständen zur Reinigungskontrolle und Beurteilung der Resultate |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Inspektionen und Berichte** |  | **Betreuende Person** | Erfüllt:  Datum: Visum | |
| Erstellen von schriftlichen Beanstandungen im Falle von Ungeniessbarkeit |  |  |  |
| Beurteilung der Schlachthygiene,  Erstellung eines schriftlichen Berichtes mit Vorschlägen für allfällige Verbesserungen bei Rind (Haartier) und Schwein |  |  |  |
| Beurteilung des Gebindekonzeptes (TNP) mit Erstellung eines Berichtes |  |  |  |
| Beurteilung eines Selbstkontrollkonzeptes sowie dessen Ausführung mit Erstellung eines Berichtes |  |  |  |
| Durchführung einer Betriebsinspektion anhand von Checklisten mit abschliessendem Kontrollbericht |  |  |  |
| Überprüfung und Beurteilung der Kühlung, Lagerung, Auslieferung |  |  |  |
| **Weitere Tätigkeiten:** | -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  -  - |  |  |  |
|  | **Total Arbeitstage:** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Praktikumsbestätigung Fleischhygiene:** | | | | |
|  | Name, Vorname | Unterschrift | Ort, Datum | Stempel der Institution |
| Betreuende/r amtl. TierärztIn |  |  |  |  |
| PraktikantIn |  |  |  |  |