

## Sanktionsformular

Mit dem vorliegenden Formular werden die Sanktionen gemäss Artikel VIII des ASR Ausstellungsreglement gemeldet.

Das Formular ist zusammen mit dem Ausstellungsbericht sowie allfälligem Beweismaterial innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellungsende als Scan oder per Post an folgende Adresse zu senden: *info@asr-ch.ch* oder *ASR Geschäftsstelle, Schützenstrasse 10, 3052 Zollikofen*

### Angaben zur Ausstellung

Name: .....

E-Mail-Adresse .....

Kontaktperson: .....

Ort: .....

Datum: .....

Zeit: .....

### Angaben zum Tier

Name: .....

TVD Nummer: .....

### Angaben zum Aussteller

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

TVD Nummer: .....

### Ausgesprochene Sanktion

- Ausschluss des Tieres vom Wettbewerb und 13 Monate Ausstellungssperre für Aussteller
- Ausschluss des Tieres vom Wettbewerb
- Verwarnung des Ausstellers
- Komplettes Melken des Tieres

### Folgende Verstösse wurden festgestellt

- Anwenden oder Verabreichen von verbotenen Substanzen oder Präparaten (Anhänge 1 od. 2) oder ohne tierärztliche Kontrolle
- Das Einsetzen von Fremdkörpern irgendwelcher Art und das Verabreichen von Substanzen in den Pansen mittels Sonde (Drenching)

- Einbinden der Sprunggelenke sowie der Entzug von Gewebeflüssigkeit im Bereich der Sprunggelenke
- Eingriff zur Veränderung der natürlichen Form des Euters
- Missachten der Anweisungen der Kontrollkommission
- Nicht bedarfsgerechte Haltung, Fütterung oder Wasserversorgung trotz Ermahnung

Datum, Zeit, Grund 1. Ermahnung: .....

Datum, Zeit, Grund 2. Ermahnung: .....

- Topline über 4 cm
- Ankleben von Haaren
- Verwendung von Eis oder anderen kühlenden Substanzen zur Kühlung des Euters
- Teilweise Entleeren des Euters mit Sonde
- Veränderung der Zitzenform
- Versiegelung der Zitzen mit nicht erlaubten Produkten (siehe Anhang 1)
- Anmeldung oder Ausstellung eines Klontiers / dessen Nachkommen
- Überfülltes Euter (visuelle Kriterien)
- Ödem laut tierärztlichem Befund (Ultraschall oder visuelle Kontrolle)

Datum, Zeit der Untersuchung: .....

Untersuchender Tierarzt: .....

Befund: .....

**Bemerkungen**

.....

.....

.....

.....

.....

**Mitglieder der Kontrollkommission (mind. 3 Personen)**

Ort, Datum: .....

Name, Vorname: .....	Name, Vorname: .....	Name, Vorname: .....
----------------------	----------------------	----------------------

Unterschrift: .....	Unterschrift: .....	Unterschrift: .....
---------------------	---------------------	---------------------

.....