
Name, Vorname

Telefon-, Handynummer

Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Imkerverein Lüneburg von 1875 e.V.

**Landkreis Lüneburg
Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung
Auf dem Michaeliskloster 4
21335 Lüneburg**

Untersuchung meiner Bienenvölker auf Amerikanische Faulbrut (AFB) 2024 / 2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Untersuchung meiner Bienenvölker auf Erreger der Amerikanischen Faulbrut.

Untersuchung von Futterkranzproben – Probenahme ab dem **01. Oktober 2024**

Ich möchte den AFB-Gesundheitszustand meiner Bienenvölker durch die Untersuchung von Futterkranzproben (FKP) feststellen lassen (Untersuchung kostenpflichtig, Stände siehe Rückseite).

Ich möchte in Zukunft die Futterkranzproben selbständig entnehmen, die Entnahmeprotokolle selbst führen und rechtzeitig beim Veterinäramt des LK Lüneburg abliefern. Ich bitte um Unterweisung bei der Probenahme im Jahr 2024. (Unterweisung kostenpflichtig, Stände siehe Rückseite).

Teilnahme am AFB – Monitoring
Ich bin **Standimker** und möchte am AFB-Monitoring teilnehmen, soweit das begrenzte Probenkontingent und die Rahmenbedingungen dies erlauben. (eine Analyse kostenfrei)

Ich bitte um die Ausfertigung eines kostenpflichtigen **Gesundheitszeugnisses**: Ja / Nein

Gewünschtes bitte ankreuzen

Anzahl der abgegebenen Probenbeutel:

Unterschrift, Datum

Ich bin damit einverstanden, dass zur Organisation der Futterkranzprobenuntersuchung 2024/2025 und zur Ausstellung des Gesundheitszeugnisses der Landkreis Lüneburg meine hier gemachten Angaben zur Adresse, Kommunikation und Anzahl und Standort der Bienenvölker nutzt, das IB Celle die Adressdaten und die Angaben zur Bienenhaltung (Standort und Anzahl der Völker) für die Futterkranzprobenuntersuchung und deren Dokumentation nutzt und mein Imkerverein die Bankdaten, die Adressdaten und die Probenanzahl zur Abrechnung der Untersuchung der Futterkranzproben 2024/2025 (Rechnung IB Celle und Förderung) benutzt.

Unterschrift, Datum

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich meinen Imkerverein die Kosten für die Untersuchung der Futterkranzproben 2024/2025 auf Sporen der Amerikanische Faulbrut (AFB) von dem nachstehenden Konto abzubuchen:

IBAN

Kontoinhaber/in

Ort, Datum, **Unterschrift**

**Bitte Einzugsermächtigung vollständig ausfüllen und unterschreiben, sonst ist keine Förderung möglich!
Nicht auf andere Einzugsermächtigungen verweisen.**

Protokollbogen zur Untersuchung von Bienenvölkern durch Futterkranzproben auf Amerikanische Faulbrut

Probenahme ab dem 01. Oktober 2024

Herr/Frau

Registriernummer (03 355)

Bezeichnung des Probenbeutels	Anzahl der Völker in der Probe	Standort	Entnahmedatum

Alle meine Bienenvölker im Landkreis Lüneburg sind von mir beprobt worden.

Klinische Anzeichen für einen Befall durch die Amerikanische Faulbrut wurden von mir nicht festgestellt.

Unterschrift der Bienehalterin / des Bienehalters

Ich halte Bienen an _____ Standort(en) im Landkreis Lüneburg.
Ich halte Bienen an _____ Standort(en) in anderen Landkreisen.
Wenn ja, bitte den Standort und Landkreis hier eintragen:

Ort, Datum

Unterschrift des/r Bienehalters/in

Hinweis: eine klinische Untersuchung durch einen amtlichen Beschauer ist kostenpflichtig möglich.