

**Varroa Behandlungsjournal für das Jahr xx**

*Für jeden Bienenstand ist ein separates Formular zu führen*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuständiger Veterinärdienst** |  |
| **Zuständiger Betriebsinspektor** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bienenhalterin** | |  | **Bienenstand** | | |
| Betriebs-Nr. |  |  | Stand-Nr./Flurnamen |  |  |
| Name, Vorname |  |  | Strasse, Nr. |  |  |
| Strasse, Nr. |  |  | PLZ / Ort |  |  |
| PLZ / Ort |  |  | Koordinaten |  |  |
| Telefon / Natel |  |  |  |  |  |
| Email |  |  |  |  |  |
| Sektion |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Behandlung** | **Volk/Stand Nr.** | **Arzneimittel /**  **Konzentration bzw. Dispenser** | **Start**  **Datum** | **Ende**  **Datum** | **Temp.max/Temp.min.**  **Bemerkung** |
| Notbehandlung |  |  |  |  |  |
| Notbehandlung |  |  |  |  |  |
| 1. Sommer-behandlung |  |  |  |  |  |
| 2. Sommer-  behandlung |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Notbehandlung |  |  |  |  |  |
| Notbehandlung |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Winter-  Behandlung |  |  |  |  |  |

Datum und Unterschrift des Bienenhalters/der Bienenhalterin:

Kontrolliert am: Unterschrift des Bieneninspektors: