



**Europäische Union**  
**Bundesrepublik Deutschland**

*European Union*  
*Federal Republic of Germany*

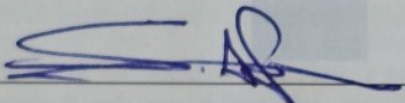
# **Heimtierausweis**

*Pet Passport*

DE-08-0332357



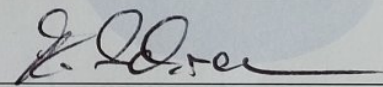
# I. ANGABEN ZUM BESITZER / DETAILS OF OWNERSHIP

Name : \_\_\_\_\_  
 Name : \_\_\_\_\_  
 Vorname : \_\_\_\_\_  
 Surname : \_\_\_\_\_  
 Anschrift : ZÜCHTER  
 Address : S. AFACAN / S. SCHRAG  
 Postleitzahl : Ziegeleistr. 3  
 Post-code : 27729 Holste  
 Ort : Tel.: 04748 / 8210136  
 City : Tel.: 04748 / 7646  
 Land :   
 Country : \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer\* : \_\_\_\_\_  
 Telephone number\* : \_\_\_\_\_  
 Unterschrift :   
 Signature : \_\_\_\_\_

Name : Sommerfeld  
 Name : \_\_\_\_\_  
 Vorname : Gerd  
 Surname : \_\_\_\_\_  
 Anschrift : Kolpingstr. 39  
 Address : \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl : 90542  
 Post-code : \_\_\_\_\_  
 Ort : Eckental  
 City : \_\_\_\_\_  
 Land : D  
 Country : \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer\* : 09126 / 9407  
 Telephone number\* : \_\_\_\_\_  
 Unterschrift : G. Sommerfeld  
 Signature : \_\_\_\_\_

\* Freiwillige Angabe / optional

# I. ANGABEN ZUM BESITZER / DETAILS OF OWNERSHIP

Name : Schrau  
 Name : \_\_\_\_\_  
 Vorname : Marcus  
 Surname : \_\_\_\_\_  
 Anschrift : Heroldsberger Str. 25  
 Address : \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl : 90562  
 Post-code : \_\_\_\_\_  
 Ort : Kaldenentz  
 City : \_\_\_\_\_  
 Land : D  
 Country : \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer\* : 0172 / 9709 110  
 Telephone number\* : \_\_\_\_\_  
 Unterschrift :   
 Signature : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_  
 Name : \_\_\_\_\_  
 Vorname : \_\_\_\_\_  
 Surname : \_\_\_\_\_  
 Anschrift : \_\_\_\_\_  
 Address : \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl : \_\_\_\_\_  
 Post-code : \_\_\_\_\_  
 Ort : \_\_\_\_\_  
 City : \_\_\_\_\_  
 Land : \_\_\_\_\_  
 Country : \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer\* : \_\_\_\_\_  
 Telephone number\* : \_\_\_\_\_  
 Unterschrift : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

\* Freiwillige Angabe / optional



## I. ANGABEN ZUM BESITZER / DETAILS OF OWNERSHIP

Name : \_\_\_\_\_  
Name  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Surname  
Anschrift : \_\_\_\_\_  
Address  
Postleitzahl : \_\_\_\_\_  
Post-code  
Ort : \_\_\_\_\_  
City  
Land : \_\_\_\_\_  
Country  
Telefonnummer\* : \_\_\_\_\_  
Telephone number \*  
Unterschrift : \_\_\_\_\_  
Signature

Name : \_\_\_\_\_  
Name  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Surname  
Anschrift : \_\_\_\_\_  
Address  
Postleitzahl : \_\_\_\_\_  
Post-code  
Ort : \_\_\_\_\_  
City  
Land : \_\_\_\_\_  
Country  
Telefonnummer\* : \_\_\_\_\_  
Telephone number \*  
Unterschrift : \_\_\_\_\_  
Signature

\* Freiwillige Angabe / optional

## II. BESCHREIBUNG DES TIERES / DESCRIPTION OF ANIMAL

**FOTO DES TIERES (FREIWILLIG) /  
PICTURE OF THE ANIMAL (OPTIONAL)**

1. Name\*  
Name\*

: Nelly

2. Art  
Species

: Hund

3. Rasse\*  
Breed\*

: Mini Aussiedoodle

4. Geschlecht  
Sex

: weiblich

5. Geburtsdatum\*  
Date of birth\*

: 12.08.17

6. Farbe  
Colour

: tricolour

7. Erkennbare Besonderheiten o.  
Merkmale, falls vorhanden

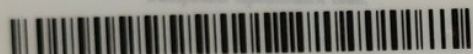
:  
Any notable or discernable features or characteristics

\* Nach Angabe des Besitzers / As stated by owner.



### III. KENNZEICHNUNG DES TIERES / MARKING OF ANIMAL

1. Alphanumerischer Transponder-Code:



941000019752599

2. Datum der Implantierung oder Ablesung\* des Transponders:  
*Date of application or reading\* of the transponder:*

5.10.17

3. Implantationsstelle:  
*Location of the transponder:*

linke Halsseite

4. Alphanumerischer Tätowierungscode:  
*Tattoo alphanumeric code:*

5. Datum der Tätowierung / Datum der Ablesung der Tätowierung:  
*Date of application / date of reading of the tattoo:*

/

6. Tätowierungsstelle:  
*Location of the tattoo:*

Die Kennzeichnung ist vor jedem neuen Eintrag in diesen Ausweis zu überprüfen. /  
The marking must be verified before any new entry is made on this passport.

\*Nichtzutreffendes streichen / delete as necessary

### IV. AUSSTELLUNG DES AUSWEISES / ISSUING OF THE PASSPORT

Name des ermächtigten  
Tierarztes  
*Name of the authorised veterinarian*

: Dr. Heiko Mittwollen

Anschrift  
*Address*

: An der Aue 91

Postleitzahl  
*Post-code*

: 28757

Ort  
*City*

: Bremen

Land  
*Country*

: Deutschland

Telefonnummer  
*Telephone number*

: 04 21 / 66 25 33

E-Mail-Adresse  
*E-mail address*

:

Ausstellungsdatum  
*Date of issuing*

:

5.10.17

**Kleintierpraxis**

Dr. Heiko Mittwollen

28757 Bremen (Schönebeck)

An der Aue 91 Tel 66 25 33

STEMPEL UND UNTERSCHRIFT / STAMP & SIGNATURE



10/32

# V. TOLLWUTIMPFUNG / VACCINATION AGAINST RABIES

HERSTELLER UND NAME  
DES IMPFSTOFFES  
MANUFACTURER & NAME  
OF VACCINE

CHARGENNUMMER  
BATCH NUMBER

IMPFDATUM<sup>1</sup>  
VACCINATION DATE<sup>1</sup>  
GÜLTIG AB<sup>2</sup>  
VALID FROM<sup>2</sup>  
GÜLTIG BIS<sup>3</sup>  
VALID UNTIL<sup>3</sup>

ERMÄCHTIGTER TIERARZT  
AUTHORISED VETERINARIAN

DE-08-0332357

Nobivac® T  
Ch.-B. A500A03  
Verw.bis 02-2021

1 6. NOV. 2017

2 27.11.17

3 5.11.18

Tierarztpraxis  
Thorsten Lohbeck  
Ambazacstr. 2, 99542 Eckental  
Tel. 09126/30696  
MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac® T  
Ch.-B. A502A03  
Verw.bis 08-2021

1 12. NOV. 2018

2 22. NOV. 2018

3 1. NOV. 2021

Tierarztpraxis  
Thorsten Lohbeck  
Ambazacstr. 2, 99542 Eckental  
MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac® T  
Ch.-B. A560A01  
Verw.bis 08-2024

1 10. NOV. 2021

2 10. NOV. 2021

3 09. NOV. 2024

Tierarztpraxis  
Thorsten Lohbeck  
Ambazacstr. 2, 99542 Eckental  
MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac® T  
Lot A739A02  
Exp. 11-2027  
MSD

1 25.07.2025

2 15.08.2025

3 24.07.2028

Fachtierarztpraxis  
Janka Dietz  
Erlenstegenstrasse 7  
MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE  
www.dietz-vet.de

1

2

3

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

3

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

3

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

3

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

DE-08-0332357

11/32



Nobivac® T

Ch.-B. A560A01  
Verw.bis 08-2024

1 10. NOV. 2021

1 10. NOV. 2021  
2

3 09. NOV. 2021

Nobivac® T

Lot A739A02  
Exp. 11-2027  
MSD

1 25.07.2025

2 15.08.2025

3 24.07.2028

1

2



## IX. SONSTIGE IMPFUNGEN / OTHER VACCINATIONS

HERSTELLER UND NAME  
DES IMPFSTOFFES  
MANUFACTURER & NAME  
OF VACCINE

CHARGENNUMMER  
BATCH NUMBER

IMPFDATUM<sup>1</sup>  
VACCINATION DATE<sup>1</sup>  
GÜLTIG BIS<sup>2</sup>  
VALID UNTIL<sup>2</sup>

TIERARZT  
VETERINARIAN

Nobivac<sup>®</sup> SHPPi

Ch.-B. A482D01  
Verw. bis 01-2019

Nobivac<sup>®</sup> L4

Ch.-B. A073A01  
Verwendbar bis 06-2018

1 5.10.17

2 5.11.17

Kleintierpraxis

Dr. Heiko Mittwollen

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac<sup>®</sup> L4

Ch.-B. A074A01  
Verwendbar bis 07-2018

Nobivac<sup>®</sup> SHPPi

Ch.-B. A482A01  
Verw. bis 01-2019

Q 6. NOV. 2017

Q 5. NOV. 2018

Tierarztpraxis

Thorsten Lohbeck

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac<sup>®</sup> SHPPi

Ch.-B. A535G01  
Verw. bis 05-2020

Nobivac<sup>®</sup> L4

Ch.-B. A104A01  
Verwendbar bis 02-2020

2 2. NOV. 2018

2 1. NOV. 2019

Tierarztpraxis

Thorsten Lohbeck

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac<sup>®</sup> L4

Ch.-B. A109A01  
Verwendbar bis 04-2020

Nobivac<sup>®</sup> SHPPi

Ch.-B. A559A01  
Verw. bis 12-2020

1 19.11.19

2 19.11.2020

Dr. Marion Windisch

Werner-v.-Siemens-Allee 31  
90552 Röthenbach

Tel. 09 11 75 70 90 00  
MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac<sup>®</sup> L4

Ch.-B. A155B01  
Verwendbar bis 02-2022

Nobivac<sup>®</sup> Pi

Ch.-B. A055C01  
Verwendbar bis 04-2022

2 9. DEZ. 2020

2 8. DEZ. 2021

Tierarztpraxis

Thorsten Lohbeck

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac<sup>®</sup> L4

Ch.-B. A180A01  
Verwendbar bis 10-2022

Nobivac<sup>®</sup> Pi

Ch.-B. A057B01  
Verwendbar bis 03-2023

1 0. NOV. 2021

2 0 9. NOV. 2022

Tierarztpraxis

Thorsten Lohbeck

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

VERSICAN Plus L4

Lot: 24522901  
EXP: 11/2023

VERSICAN Plus DHPPi

Lot: 97532901  
EXP: 12/2023

1 8. NOV. 2022

2 7. NOV. 2023

Tierarztpraxis

Thorsten Lohbeck

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

Nobivac<sup>®</sup> L4

Ch.-B. A363A03  
Verwendbar bis 11-2024

Nobivac<sup>®</sup> Pi

Ch.-B. A062B01  
Verw. bis 03-2025

Q 6. NOV. 2023

2 0 5. NOV. 2024

Tierarztpraxis

Thorsten Lohbeck

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

DE-08-0332357

DE-08-0332357



26/32

# IX. SONSTIGE IMPFUNGEN / OTHER VACCINATIONS

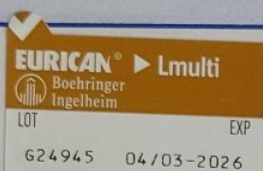
HERSTELLER UND NAME  
DES IMPFSTOFFES  
MANUFACTURER & NAME  
OF VACCINE

CHARGENNUMMER  
BATCH NUMBER

IMPFDATUM <sup>1</sup>  
VACCINATION DATE <sup>1</sup>  
GÜLTIG BIS <sup>2</sup>  
VALID UNTIL <sup>2</sup>

TIERARZT  
VETERINARIAN

DE-08-0332357



22.8.25

22.8.26

Fachtierarztpraxis

Janka Dietz

Erlenstegenstrasse 7

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

1

2

MINDESTENS NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER UND UNTERSCHRIFT  
AT LEAST NAME, ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND SIGNATURE

DE-08-0332357

27/32



HERSTELLER UND NAME  
DES IMPFSTOFFES  
MANUFACTURER & NAME  
OF VACCINE

CHARGENNUMMER  
BATCH NUMBER

IMPFDATUM <sup>1</sup>  
VACCINATION DATE <sup>1</sup>  
GÜLTIG BIS <sup>2</sup>  
VALID UNTIL <sup>2</sup>

DE-08-0332357

**EURICAN®** ▶ Lmulti

 **Boehringer  
Ingelheim**

LOT

EXP

G24945

04/03-2026

<sup>1</sup> 22.8.25

<sup>2</sup> 22.8.26

MINDES  
AT L

1