Bestandeskontrolle & Behandlungsjournal der Bienenvölker für das Jahr 2024

***Für jeden Bienenstand ist ein separates Formular zu führen (Version, Februar 2024)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zuständiger Veterinärdienst:**    **Zuständiger Bieneninspektor:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **Bienenhalter/In** | | |  | **Bienenstand** | | | | | |
| Betriebs-Nr. |  | |  | Stand-Nr. / Flurnamen |  | |  | | |
| Name, Vorname |  | |  | Strasse, Nr. |  | | | | |
| Strasse, Nr. |  | |  | PLZ / Ort |  | | | | |
| PLZ / Ort |  | |  | Koordinaten |  | | |  | |
| Telefon / Natel |  | |
| Email |  | |  | Datum der Einwinterung | | *1. Nov. des Vorjahres* | | |  |
| Sektion |  | | Datum der Auswinterung | | *1. April von diesem Jahr* | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Zugänge**  von Bienenstand  Nummer | **Abgänge**  an  Bienenstand  Nummer | **Ursache / Begründung**  Kauf, Verkauf,  Nosema, FB, SB, Kalkbrut,  Kahlflug, verhungert | **Anzahl** oder  **Volks-nummer** | Bienenvolk (V),   Schwarm (S),   Brutableger (BA),  Königin ( **♀** ),   Begattungskästchen (BK) | **Saldo** |
|  | Anzahl eingewinterter Völker im Vorjahr | | --------------------------- |  |  |  |
|  | Anzahl ausgewinterter Völker in diesem Jahr | | --------------------------- |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Datum und Unterschrift des/der Bienenhalter/In: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontrolliert am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift des Bieneninspektors: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Inventarliste für Tierarzneimittel**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bezugsdatum** | **Tierarzneimittel (Handelsname)** | **Bezogene Menge** | **Abgabe des Arzneimittels durch** | **Entsorgung (Vernichtung oder Rückgabe des Arzneimittels)** | | |
| **Datum** | **Person** | **Menge** |
| *Bsp. 10.5* | *Oxuvar 5.7%* | *2 x 275ml* | *BI Andreas Reding* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Varroatose Behandlungsjournal**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Behandlung** | **Volk / Stand Nr.** | **Mittel / Dispenser (Ameisensäure, Oxalsäure)** | **Start Datum** | **Ende Datum** | **Tmax / Tmin  / Bemerkung** |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. Zwischenbehandlung |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. Zwischenbehandlung |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. Sommerbehandlung |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2. Sommerbehandlung |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3. Sommerbehandlung |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. Winterbehandlung |  |  |  |  |  |
| 2. Winterbehandlung |  |  |  |  |  |

Datum und Unterschrift des/der Bienenhalter/In: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontrolliert am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift des Bieneninspektors: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_