

III. MARQUAGE DE L'ANIMAL
BESCHREIBUNG DES TIERES - MARKING OF ANIMAL

1. Code alphanumérique du transpondeur
Alphanumerischer Transponder-Code - Transponder alphanumeric code:

Transponder code

2. Date d'implantation ou de la lecture* du transpondeur
Datum der Implantierung oder Ablesung* des Transponders - Date of application or reading* of the transponder:

3. Emplacement du transpondeur - Implantierungsstelle - Location of the transponder:

4. Code alphanumérique du tatouage
Alphanumerischer Tätowierungscode - Tattoo alphanumeric code:

5. Date d'application/lecture du tatouage
Datum der Tätowierung/Datum der Ablesung der Tätowierung - Date of application/ date of reading of the tattoo

6. Emplacement du tatouage - Tätowierungsstelle - Location of the tattoo:

Vérifier le marquage avant toute nouvelle inscription dans le présent passeport
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

*Supprimer la mention inutile - *Nichtzutreffendes streichen - *Delete as necessary.

LU 01 000 174 508

8 / 40

IV. DÉLIVRANCE DU PASSEPORT
AUSSTELLUNG DES AUSWEISES
ISSUING OF THE PASSPORT

Nom du vétérinaire habilité
Name des ermächtigten Tierarztes - Name of the authorised veterinarian:

Adresse - Anschrift - Address:

Code postal - Postleitzahl - Post-code:

Localité - Ort - City:

Pays - Land - Country:

Numéro de téléphone - Telefonnummer - Telephone number:

Courriel - E-Mail-Adresse - E-mail address:

Date de délivrance - Ausstellungsdatum - Date of issuing:

CACHET & SIGNATURE
STEMPEL UND UNTERSCHRIFT
STAMP & SIGNATURE

LU 01 000 174 508

9 / 40

IX. AUTRES VACCINATIONS
SONSTIGE IMPFUNGEN - OTHER VACCINATIONS

FABRICANT ET DÉSIGNATION DU VACCIN
/ NUMÉRO DE LOT
HERSTELLER UND NAME DES IMPFSTOFFES
/ CHARGENNUMMER
MANUFACTURER & NAME OF VACCINE
/ BATCH NUMBER

DATE DE VACCINATION¹
/ VALABLE JUSQU'AU²
IMPFDATUM¹
/ GÜLTIG BIS²
VACCINATION_DATE¹
/ VALID UNTIL²

VÉTÉRIINAIRE
TIERARZT
VETERINARIAN

LU 01 000 174 508

27 / 40

PROPRIÉTAIRE - BESITZER - OWNER

5. Prénom
Nachname - Name:
Nom
Vorname - Surname:
Adresse
Anschrift - Address:
Code Postal
Postleitzahl - Post-Code:
Localité
Ort - City:
Pays
Land - Country:
Numéro de téléphone*
Telefonnummer* - Telephone number*:
Signature
Unterschrift - Signature:

6. Prénom
Nachname - Name:
Nom
Vorname - Surname:
Adresse
Anschrift - Address:
Code Postal
Postleitzahl - Post-Code:
Localité
Ort - City:
Pays
Land - Country:
Numéro de téléphone*
Telefonnummer* - Telephone number*:
Signature
Unterschrift - Signature:

* Facultatif - Freiwillige Angabe - Optional

LU 01 000 174 508

6 / 40

II. DESCRIPTION DE L'ANIMAL
BESCHREIBUNG DES TIERES
DESCRIPTION OF ANIMAL

Photo de l'animal (facultatif)
Foto des Tieres (freiwillig)
Picture of the animal (optional)

1. Nom*
Name* - Name*:
2. Espèce
Art - Species:
3. Race*
Rasse* - Breed*:
4. Sexe
Geschlecht - Sex:
5. Date de naissance*
Geburtsdatum* - Date of birth*:
6. Couleur
Farbe - Colour:
7. Tout trait ou toute caractéristique visible ou discernable - Erkennbare Besonderheiten oder Merkmale, falls vorhanden - Any notable or discernable features or characteristics:

* Comme indiqué par le propriétaire
* Nach Angabe des Besitzers - * As stated by owner

LU 01 000 174 508

7 / 40

V. VACCINATION ANTIRABIQUE - TOLLWUTIMPFUNG - VACCINATION AGAINST RABIES

FABRICANT ET DÉSIGNATION DU VACCIN
/ NUMÉRO DE LOT
HERSTELLER UND NAME DES IMPFSTOFFES
/ CHARGENNUMMER
MANUFACTURER & NAME OF VACCINE
/ BATCH NUMBER

DATE DE VACCINATION¹
VALABLE DEPUIS LE² - VALABLE JUSQU'AU³
IMPFDATUM¹
GÜLTIG AB² - GÜLTIG BIS³
VACCINATION DATE¹
VALID FROM² - VALID UNTIL³

VÉTÉRIINAIRE HABILITÉ
ERMÄCHTIGTER TIERARZT
AUTHORISED VETERINARIAN

LU 01 000 174 508

10 / 40

* Au moins le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et la signature

* Mindestens Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift - * At least name, address, telephone number and signature.