

---

## Antrag auf Impfkostenbeihilfe für EHV-1 in Höhe von 10 € je Impfung

|  |
|--|
| Vollständiger Name und Adresse des Tierhalters/Betriebes |
|  |
|  |
|  |

---

(Tierseuchenkassennummer)

(HIT – Registriernummer)

(E-Mail, Tel. Nr.)

Ich versichere, den vollständig ausgefüllten Generalantrag für Beihilfe eingereicht sowie den fälligen Beitrag an die Hessische Tierseuchenkasse entrichtet zu haben.

Hinweis: **Ohne vorherige Antragstellung und bei fehlender Voraussetzung kann und darf die Tierseuchenkasse keine Beihilfe mehr gewähren.**

Das Antragsformular finden Sie auf unserer Internetseite unter >Vordrucke> [Generalantrag für Beihilfen](#).

### **Grundlage zur Erhaltung dieser Beihilfe ist folgende spezifische Beihilfevoraussetzung:**

Die Aufwendung für die Durchführung der Impfung gemäß Immunisierungsschema der ständigen Impfkommision Veterinärmedizin (StIKo Vet) sind vom Tierarzt unter Abzug der Impfkostenbeihilfe dem Tierhalter in Rechnung zu stellen. Der Tierhalter oder benannte Verantwortliche beantragt die Beihilfe anhand des bei der Hessischen Tierseuchenkasse anzufordernden Beihilfeantrages. Weitere Voraussetzungen, die für die Gewährung der Beihilfe erfüllt sein müssen:

- **Alle Pferde des Bestandes müssen bei der HTSK gemeldet sein**
- **Für den gesamten Bestand liegt ein Impfplan gemäß Immunisierungsschema der StIKo Vet vor**
- **Die ordnungsgemäße Impfung des gesamten Bestandes wird vom Impftierarzt auf dem Beihilfeantrag bestätigt**
- **In Beständen mit Pferden mehrerer Tierhalter stellt der benannte Verantwortliche im Auftrag aller Tierhalter den Antrag auf Beihilfe**
- **Die Impfkostenbeihilfe wird jährlich nach Abschluss aller EHV-1 Impfungen an den Impftierarzt ausgezahlt**

Sollten mehrere Tierärzte (z.B. in einem Pensionsstall) EHV-1 Impfungen für Pferde einzelner Tierhalter impfen, so muss jeder Tierarzt für seine zu betreuenden Tiere bestätigen, dass diese gegen EHV-1 geimpft sind.

---

(Unterschrift Tierhalter)

(Unterschrift Tierarzt)

# Impfplan zum EHV-1 Impfprogramm und Impfbescheinigung des Tierarztes

|               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| Name Tierarzt | TSK-Nr. Tierarzt (wenn vorhanden) |
|---------------|-----------------------------------|

|                              |
|------------------------------|
| Adresse Tierarzt             |
| Bankverbindung/IBAN Tierarzt |

(Name Tierhalter/Betrieb)

(TSK-Nummer Betrieb)

## Impfung Pferde

| Datum der Impfung | Anzahl der Pferde | Anzahl der Impfungen | Beihilfebetrag in Euro |
|-------------------|-------------------|----------------------|------------------------|
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |
|                   |                   |                      |                        |

Hiermit wird bestätigt, dass alle Pferde des oben genannten Bestandes/Betriebes mit einem zugelassenen EHV-1 Impfstoff entsprechend dem erstellten Impfplan gemäß Immunisierungsschema der StIKo Vet geimpft wurden.

**Die Beihilfe darf gemäß VO (EU) Nr. 702/2014 nur an den Leistungserbringer (Impftierarzt) ausgezahlt werden.**

- Tierarzt für den gesamten Bestand  
 Tierarzt für die von ihm betreuten Pferde im Bestand

\_\_\_\_\_  
 (Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift Impftierarzt)