

# Egenerklæring om behandling mot echinococose (infeksjon med revens dvergbendelorm)

- ved innførsel fra Sverige til Norge av hund eller katt eldre enn 3 måneder

Opplysninger om eier																												
Navn på eier:	Telefonnummer:																											
Adresse:	Evt. bilnummer																											
Opplysninger om dyret																												
Navn på dyret, evt. identitetsnummer:	Alder:																											
Rase:	Kjønn																											
Erklæring fra eier																												
<p>Kryss av aktuelt alternativ:</p> <p><input type="checkbox"/> a. <b>Ved enkelt innreise til Norge:</b>            Dyret har den (dato).....kl. ....blitt behandlet med et godkjent preparat mot echinococose (infeksjon med revens dvergbendelorm).            Preparatets navn:.....</p> <p><input type="checkbox"/> b. <b>Ved regelmessig innreise til Norge:</b>            Dyret har den (dato).....kl. ....blitt behandlet før innførselen til Norge og skal behandles hver 28. dag med et godkjent preparat mot echinococose (infeksjon med revens dvergbendelorm).            Preparatets navn:.....</p> <p>Jeg er kjent med at jeg etter dagens ormekurbehandlingen ikke kan reise til Norge med hund eller katt som har vært i Sverige, uten å ormekurbehandle dyret senest 28 dager etter sist ormekurbehandling. Den siste behandlingen skal gis i Norge i løpet av de siste 28 dager etter foregående behandling.</p>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Dato og klokkeslett for behandlingen</th> <th style="width: 45%;">Preparatets navn</th> <th style="width: 30%;">Underskrift</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Dato og klokkeslett for behandlingen	Preparatets navn	Underskrift																								
Dato og klokkeslett for behandlingen	Preparatets navn	Underskrift																										
<p>Jeg forplikter meg til å ta vare på samtlige egenerklæringer som viser til ormekurbehandling i minst 3 måneder. Disse skal ved anmodning fremvises Mattilsynet eller tollvesenet.</p>																												
Dato .....	Underskrift .....																											
<p>– ved alternativ b skal datoen for første underskrift av erklæringen skrives her</p>																												