

## Schädlingsbekämpfung

Nr.	Standorte Fallen/Köder	Schädling	Mittel	Kontrolle am
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Nr.	Bemerkung zu den Standorten	Maßnahmen
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Kontrollierende Person:

Fallen zu Standort (Nr.): \_\_\_\_\_ Ausgelegt von: \_\_\_\_\_ Am: \_\_\_\_\_

Fallen zu Standort (Nr.): \_\_\_\_\_ Ausgelegt von: \_\_\_\_\_ Am: \_\_\_\_\_

Fallen zu Standort (Nr.): \_\_\_\_\_ Ausgelegt von: \_\_\_\_\_ Am: \_\_\_\_\_

Fallen zu Standort (Nr.): \_\_\_\_\_ Ausgelegt von: \_\_\_\_\_ Am: \_\_\_\_\_

Eine Übersicht der Standorte der Fallen ist beizufügen; eine grob gefasste Skizze ist ausreichend!