

GUTACHTEN ZUM EINSATZ VON PSM

entsprechend den PEFC-Kriterien

Hinweis: Es können ergänzende gesetzliche Dokumentationspflichten bestehen.

Forstbetrieb, -amt, -bezirk etc.:		
Revier:	Abt./Uabt./Tifl.:	
Eigentümer:		
Flur/Flurstück:	Teilflächengröße (ha):	Karte liegt vor: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

DIAGNOSE	Schadorganismus:	
	Baumart(en):	Alter:
	Fotodokumentation liegt vor: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bemerkungen:		

BEKÄMPFUNG-NOTWENDIGKEIT	Ist der Bestand bedroht oder stellt der Schadorganismus eine schwerwiegende Gefährdung der Verjüngung dar?	
	<div style="background-color: #4a7c9c; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">JA</div>	<div style="background-color: #4a7c9c; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">NEIN</div>
Begründung ggf. inkl. Kennzahlen der Überwachung, z. B. Winterbodensuche, Fallenfänge, Steckhölzer, und daraus abgeleitete Prognosen:		KEIN EINSATZ VON PFLANZENSCHUTZMITTELN

HANDLUNG-ALTERNATIVEN	Prüfung möglicher Alternativen zum PSM-Einsatz:	Erwartete Wirkung der geprüften Handlungsalternativen:
	Mögliche alternative Verfahren: <input type="checkbox"/> organisatorisch <input type="checkbox"/> mechanisch <input type="checkbox"/> anbautechnisch <input type="checkbox"/> technisch <input type="checkbox"/> waldbaulich <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> biologisch	

DURCHFÜHRUNG DES PSM-EINSATZES	ANWENDUNG	Zeitraum der Durchführung:	Durchführung durch (Vor- und Nachname bzw. beauftragtes Unternehmen):
		Präparat (Handelsname):	
		Dosierung/Aufwandsmenge:	Behandelte Fläche/Holzmenge:
	Bemerkung:		
ERFOLGS-KONTROLLE	Datum der Erfolgskontrolle:		Maßnahme erfolgreich / Ziel erreicht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Bemerkungen (Zielerreichung, sonstige Hinweise etc.):		
GUT-ACHTER*	Name:		Funktion:
	Datum:	Unterschrift:	

* Erforderliche Qualifikation beachten.