

Checkliste Standuntersuchung und Beratung 2025

Untersuchung/Beratung Lfd.-Nr. (laut Verwendungsnachweis): _____ Datum: _____

Kreisimkerverein: _____ Bienensachverständige(r): _____

Allgemeine Angaben:

Wabenmaß: _____

Anmerkungen: _____

Im Vorjahr eingewinterte Völker: _____, in diesem Jahr ausgewinterte Völker: _____

Durchgeführte Futterkranzuntersuchungen im Vorjahr (mit Ergebnis): keine negativ positiv

Varroabehandlung -letztjährig- (graue Felder nicht ausfüllen!):

Mittel	Anwendungsform	Behandlungsbeginn (Monat)	Dauer pro Behandlung in Tagen	Häufigkeit
<input type="checkbox"/> 60% Ameisensäure	<input type="checkbox"/> Platten jeder Art			
	<input type="checkbox"/> Verdunster (z.B. Nassenheider)			
	<input type="checkbox"/> Medizinflasche, o.ä.			
	<input type="checkbox"/> Schwammtuch, o.ä.			
<input type="checkbox"/> Formic Pro				
<input type="checkbox"/> Milchsäure 15% ad us. Vet.				
<input type="checkbox"/> Oxalsäuredihydrat 3,5 % <input type="checkbox"/> OXUVAR Lösung 3,5% <input type="checkbox"/> OXUVAR Lösung 5,7%	<input type="checkbox"/> träufeln			
	<input type="checkbox"/> sprühen			
<input type="checkbox"/> VarroXal 0,71g/g verdampfen				
<input type="checkbox"/> OxyBee				
<input type="checkbox"/> VarroMed (OS/AS Präparat)				
<input type="checkbox"/> Thymol	<input type="checkbox"/> Apiguard			
	<input type="checkbox"/> ApiLife Var			
	<input type="checkbox"/> Thymovar			
<input type="checkbox"/> Perizin				
<input type="checkbox"/> Bayvarol (Flumethrin)				
<input type="checkbox"/> PolyVar Yellow (Flumethrin)				
<input type="checkbox"/> Apivar (Amitraz Präparat)				
<input type="checkbox"/> Apitraz (Amitraz Präparat)				
<input type="checkbox"/> Biotechnische Verfahren	<input type="checkbox"/> Drohnenbrutentnahme			
	<input type="checkbox"/> Bannwabenverfahren			
	<input type="checkbox"/> vollständige Brutentnahme			
	<input type="checkbox"/> Brutstopp – Königin käfigen			
	<input type="checkbox"/> Kunstschwarmbildung			
<input type="checkbox"/> Andere				

Hygiene (Praxis im vergangenen Jahr):

Anzahl ausgebaute Mittelwände pro Volk und Jahr: unter 5 5-10 10-15 über 15

Reinigung der Rähmchen: keine abkratzen Natronlauge Flamme _____

Reinigen von Beuten, u.ä.: keine abkratzen Natronlauge Flamme _____

Entnommene Drohnenbrut: sofort einschmelzen Vögel auspicken _____

Futterwaben, Schleuder, etc. den Bienen außerhalb des Stockes zum Reinigen geboten: ja nein

Futtermittellversorgung (Praxis im vergangenen Jahr):

Wanderung zur Trachtnutzung (Pollen/Futtermittellversorgung):

 ja nein Zucker Invertzuckerlösung Invertfütterteig eigener Honig fremder Honig**Honig und Wachs (Praxis im vergangenen Jahr):**Wurde bei Ihnen eine Untersuchung durch die Lebensmittelüberwachung durchgeführt? ja neinWenn ja, wurde die Untersuchung kostenpflichtig abgerechnet? ja neinNehmen Sie an der Honigprämierung des Landesverbandes / D.I.B teil? ja neinLassen Sie Ihren Honig in einem Labor untersuchen? ja neinWenn ja, welche Untersuchung? Honigparameter (Wassergehalt, Invertase etc.) Pollenanalyse RückstandsanalyseHaben Sie einen eigenen Wachskreislauf? ja nein

- Wie wurde das geschmolzene Wachs verarbeitet? selbst umgearbeitet zum Verarbeiter gegeben

Hatten Sie Probleme mit zugekauften Mittelwänden? nein ja

- Wenn ja, welche Probleme traten auf? instabil andere: _____

Beurteilung des Bienensachverständigen am Bienenvolk vor Ort:Brutwaben überwiegend: neu (gerade bebrütet) hellbraun dunkelbraun schwarzBrutverteilung: geschlossen gering lückenhaft sehr lückenhaftVarroamilben auf Bienen keine vereinzelt vieleFalls Stockwindel eingelegt, Anzahl Milben/pro Woche: unter 5 5-20 20-100 über 100Natürlicher Milbentotenfall wird regelmäßig erfasst nicht vor nach BehandlungVerkrüppelte Bienen: keine vereinzelt vielemit kleine Bienen veränderte Flügel deformierter HinterleibKalkbrut: keine vereinzelt häufigSackbrut: keine vereinzelt häufigEuropäische Faulbrut: keine vereinzelt häufig**Anmerkungen:**

Unterschrift BSV: