

## Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr.2 TAMG für die Tierart Rind

- Milchkühe     zugegangene Kälber bis 12 Monate  
 Mastrinder über 12 Monate     sonstige Rinder über 12 Monate  
 → für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen

VVVO-Nr. \_\_\_\_\_

Kalenderhalbjahr \_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit \_\_\_\_\_

- Vorgehendes Halbjahr:
- TH < K1  
 TH > K1 < K2  
 TH > K2

Stempel  
Tierhalter

Tierhalter, Name(n), Vorname(n)			verantwortliche Person
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer			PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Telefon	Telefax	E-Mail	Telefon

### 1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes	
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung	
Anzahl Stallplätze gesamt	Milchkühe auf dem Betrieb <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgenden Tierarzt:

Name	Anschrift	VVVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift:			
Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;">ggf. Anlage</span> Name, Anschrift:			

### 3. Angaben zur Tierhaltung

<b>Art und Weise der Mast:</b> <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> stallweise <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Auslauf <input type="checkbox"/> Freilandhaltung <b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> _____ <b>Sonstiges:</b> _____
<b>Zukauf / Verkauf :</b> <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____
<input type="checkbox"/> Fresser-Aufzucht <input type="checkbox"/> Fresser-Mast <input type="checkbox"/> Milchmast <input type="checkbox"/> Rose-Mast <input type="checkbox"/> Bullenmast <b>Alter bei Einstallung:</b> _____ Wochen / Monate <b>Mastdauer:</b> _____ Wochen / Monate
<b>Besatzdichte:</b> _____ m <sup>2</sup> /Tier <b>Tiere pro Bucht :</b> _____
<b>Leerstandszeit (i. d. Regel):</b> _____
<b>Haltungssystem:</b> <input type="checkbox"/> Betonspalten <input type="checkbox"/> Holzspalten <input type="checkbox"/> Holzspalten mit Kunststoff <input type="checkbox"/> Tiefstreu <input type="checkbox"/> Liegeboxen-Laufstall <input type="checkbox"/> Anbinde-Haltung <input type="checkbox"/> Weidegang <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

### 4. Angaben zu Klimatechnik

<b>Lüftungs- und Heizungstechnik</b> <input type="checkbox"/> Zwangslüftung <input type="checkbox"/> Deckenlüftung <input type="checkbox"/> Türganglüftung <input type="checkbox"/> freie Lüftung <input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Heizkanone <input type="checkbox"/> Konvektor <input type="checkbox"/> Deltarohre <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Überprüfung am: _____ durch: _____
---

### 5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

<b>Art der Fütterung</b> (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft): <input type="checkbox"/> Milchaustauscher <input type="checkbox"/> TMR <input type="checkbox"/> Krafftutter <input type="checkbox"/> Heu <input type="checkbox"/> Stroh <input type="checkbox"/> Maissilage <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Eimer <input type="checkbox"/> Trog <input type="checkbox"/> Automat Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____
<b>Wasserversorgung</b> (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung): <input type="checkbox"/> Brunnenwasser <input type="checkbox"/> Stadtwasser <input type="checkbox"/> Wasseruntersuchung _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____ Art der Tränke _____

### 6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

<input type="checkbox"/> Injektion <input type="checkbox"/> Futter <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Milchtränke <input type="checkbox"/> Mischer / Vorbehälter <input type="checkbox"/> Dosierer <input type="checkbox"/> tiernah <input type="checkbox"/> lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)
<b>Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Risikomanagementplan vorhanden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 7. Angaben zur Hygiene

### Externe Biosicherheit des Betriebes

Art der Schutzkleidung \_\_\_\_\_

Art der Hygieneschleuse \_\_\_\_\_

### Art und Umfang der internen Biosicherheit:

Reinigung Stall    Desinfektion Stall    Intervall \_\_\_\_\_

**Wasserleitungen:**  Reinigung    Desinfektion    Intervall \_\_\_\_\_

**Fütterungseinrichtungen:**  Reinigung Futterleitungen    Reinigung Futtertröge

routinemäßig    nach Antibiotika-Gabe

Reinigung Futtersilo

Schädlingsbekämpfung:  durch Fremdfirma    selbst

### Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:

Krankenbucht    nein

ja, Anzahl \_\_\_\_\_

mit Stroh    sonstiges \_\_\_\_\_

sonstige Absonderungsmöglichkeiten \_\_\_\_\_

## 8. Gesundheitsmanagement

### Immunprophylaxe (Impfschema):

vorgeimpft mit \_\_\_\_\_

im Bestand geimpft mit \_\_\_\_\_

**Behandlung gegen: Endoparasiten**  ja    nein      **Ektoparasiten**  ja    nein

sonstiges \_\_\_\_\_

## 9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

### Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege  Verdauungsapparat  Bewegungsapparat  Sonstiges \_\_\_\_\_

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Krankheitsgeschehen** (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung):

**Weiterführende Diagnostik** (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage):

**Erregernachweis / Resistenztest** Befunde ggf. als Kopie)

**Sektion** (Befunde ggf. als Kopie)

**Sonstiges**

## 10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

**Ergebnis der Beratung:**

**Datum:**

**Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:**

Hiermit stimme ich zu, dass die oben beratende Tierärztin/ der oben beratende Tierarzt und die zuständige Überwachungsbehörde Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.  
(bitte streichen, falls nicht gewünscht)

### 11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Maßnahmen (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)	Zeitraum der Umsetzung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an das zuständige Veterinäramt.