

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

Junghennen (ab Schlupf)

Legehennen

Masthühner (ab Schlupf)

Eintagsküken

VVVO-Nr. _____

Kalenderhalbjahr _____

Therapiehäufigkeit _____

Vorgehendes Halbjahr: TH < K1

TH > K1 < K2

TH > K2

Stempel
Tierhalter

Betrieb (Name, Vorname)			Verantwortliche Person	
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer			PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	
Telefon	Telefax	E-Mail	Telefon	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes				
Anzahl der Ställe und Anzahl der Stallplätze				
Stall 1: _____ Plätze		Stall 2: _____ Plätze		Stall 3: _____ Plätze
Stall 4: _____ Plätze		Stall 5: _____ Plätze		Stall 6: _____ Plätze
Weitere Nutzungsarten am Standort (inkl. Stallplätze)	Zugeg. Kälber bis 12 Monate <input type="checkbox"/>	Milchkühe <input type="checkbox"/>	Mastrinder über 12 Monate <input type="checkbox"/>	Sonstige Rd. Über 12 Monate <input type="checkbox"/>
	Kälber eigene Aufzucht bis 12 Monate <input type="checkbox"/>			
Sauen <input type="checkbox"/>	Saugferkel <input type="checkbox"/>	Absetzer bis 30kg <input type="checkbox"/>	Mastschweine über 30kg <input type="checkbox"/>	Sonstige Schweine <input type="checkbox"/>

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 Name, Anschrift:			ggf. Anlage
Integration: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

3. Angaben zur Tierhaltung

Mastverfahren: _____	Mastdauer: _____	Tage
Vorgriff <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht bei Endausstallung: _____ kg/ Tier	
Haltungsform Legehennen: _____	Nutzungsdauer: _____	
QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____	Sonstiges: _____
Besatzdichte: _____ kg / qm		
Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel): _____		
Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung, Kaltscharraum): Einstreu: _____		

4. Angaben zur Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):
--

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):
Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____
Wasserversorgung (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

Wasser Sonstiges: _____

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ja nein

Risikomanagementplan vorhanden? ja 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 routinemäßig nach Antibiotika-Gabe

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futterschalen

Reinigung Futtersilo

Schädlingsbekämpfung: durch Fremdfirma selbst

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges: _____

Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

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.