

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Pute

für VVVO-Nr. _____

Tierhalter, Name(n), Vorname(n)		Firmenstempel
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		
Telefon	Telefax	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes					
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung					
Anzahl Stallplätze gesamt					
Weitere Nutzungsarten am Standort (inkl. Anzahl Stallplätze)	Rd. < 8 Mon. <input type="checkbox"/>	Milchvieh <input type="checkbox"/>	Schw. < 30kg <input type="checkbox"/>	Hühner <input type="checkbox"/>	Legehennen <input type="checkbox"/>
	Rd. > 8 Mon. <input type="checkbox"/>	Sauen <input type="checkbox"/>	Schw. > 30kg <input type="checkbox"/>	Puten <input type="checkbox"/>	Sonstige:

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: ___/_____

Betriebliche Therapiehäufigkeit beträgt: _____

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name	Anschrift	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: <input type="checkbox"/> nur Aufzucht <input type="checkbox"/> nur Mast <input type="checkbox"/> Aufzucht und Mast <input type="checkbox"/> nur Hennen			
Angaben zu Einstall- und Umstallrhythmus:: _____			
Alter bei Einstallung: _____ Mastdauer (getrennt nach Hennen und Hähnen): _____			
Gewicht bei Endausstallung: _____ kg / Henne _____ kg / Hahn			
QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____ Sonstiges: _____			
Besatzdichte: _____ kg / qm Teilnahme Gesundheitskontrollprogramm: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel): _____			
Ausstattung der Ställe (Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung): _____ _____ _____			

4. Angaben Klimatechnik

Lüftungstechnik, Luftqualität (u.a. Ergebnisse zu Temperatur, Schadgasen etc.):

Heiztechnik, Klimatechnik:

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):

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 (z.B. Schutzkleidung, Hygieneschleuse):

Interne Biosicherheit (z.B. Reinigung und Desinfektion, Schädlingsbekämpfung, Erfolgskontrolle):

Reinigung und Desinfektion der Futter- und Tränkeeinrichtungen:

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere (z.B. Krankenabteil):

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar: ja nein, weil:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges: _____

Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang, Hennen und Hähne):

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

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

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

Vermutete Ursache für die Überschreitung der Kennzahl 2:

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 (LAVES) Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen. (bitte streichen, falls nicht gewünscht)

Stand: 08.06.2015

9. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

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

10. Zeitplan (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

Langfristige Maßnahme(n):

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes