

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Huhn

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"/>	Sonstiges:

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: _____	Mastdauer: _____	Tage
Vorgriff <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht bei Endausstallung: _____ kg/ Tier	
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 , Einstreu, Kaltscharrraum):		

4. Angaben zur 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:

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):

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

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

11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

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

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

Langfristige Maßnahme(n):

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes