

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Rind

unter 8 Monate **über 8 Monate** (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

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

3. Angaben zur Tierhaltung

Art und Weise der Mast: <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Weidehaltung <input type="checkbox"/> Mutterkuhhaltung	
QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____ Sonstiges: _____	
Zukauf / Verkauf : <input type="checkbox"/> eigene Nachzucht <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkunftsbetriebe: _____	
Alter bei Einstallung:	Mastdauer:
Mastart (z.B. Rosekalb, Fresseraufzucht, Mastbullen):	
Besatzdichte und Gruppengröße:	
Leerstandszeit:	

4. Art und Ausstattung der Ställe

Art der Stallhaltung (z.B. Boxenlaufstall, Offenstall, Iglu, Anbindehaltung):
--

Bodenbeschaffenheit (z.B. Spaltenboden, Tiefstreu):

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

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

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

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

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Injektion Futter Wasser Milchtränke lokal

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ja nein

Risikomanagementplan vorhanden? ja nein

7. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes (z.B. Schutzkleidung, Hygieneschleuse, Quarantäne):

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

Reinigung und Desinfektion der Futter- und Tränkeeinrichtungen:

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere (Krankenbucht):

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: _____

Anzahl verendeter und getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:

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)

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