

# Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Schwein

unter 30kg     über 30 kg (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"/>	Masthühner <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

<b>Art und Weise der Mast:</b> <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Auslauf
<b>Freilandhaltung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> <input type="checkbox"/> (welches:) _____ <b>Sonstiges:</b> _____
<b>Zukauf / Verkauf :</b> <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf    Anzahl Herkünfte: _____
<b>Alter und Gewicht bei Einstallung:</b> _____ <b>Mastdauer:</b> _____
<b>Besatzdichte:</b> _____
<b>Leerstandszeit (i. d. Regel):</b> _____
<b>Ausstattung der Ställe (Einrichtung, Beschäftigungsmaterial, -objekte):</b>

#### 4. Angaben zu Klimatechnik

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

**Heiztechnik, Klimasteuerung:**

#### 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

Injektion       Futter       Wasser       lokal

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?     ja       nein

Risikomanagementplan vorhanden?     ja       nein

#### 7. Angaben zur Hygiene

**Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV** (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, Anzahl):

#### 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

Hinweis: Die Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Überwachung im Rahmen der Antibiotikaminimierung