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

Junghennen 🞏 Legehennen 🞏 Masthühner 🞏

VVVO-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kalenderhalbjahr \_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Betrieb, Name(n), Vorname(n) | 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 StallplätzeStall 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PlätzeStall 4: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 5: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 6: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze |

**2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Anschrift VVVO-Nr.**  | **Betreuungs-Vertrag** |
|  |  | [ ]  ja [ ]  nein |
| Weitere Tierärzte [ ]  nein [ ]  ja Name, Anschrift: |
| Weitere Berater: [ ]  nein [ ]  ja ggf. Anlage Name, Anschrift: |
| Integration: [ ]  nein [ ]  ja |

**3. Angaben zur Tierhaltung**

|  |
| --- |
| **Mastverfahren:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Mastdauer:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tage****Vorgriff** [ ]  ja [ ]  nein **Gewicht bei Endausstallung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg/ Tier**QS-System-Teilnehmer:** [ ]  ja [ ]  nein **Bio-Siegel:** [ ]  (welches:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sonstiges:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Besatzdichte:** \_\_\_\_\_\_\_\_**kg / qm** |
| **Leerstandszeit / Serviceperiode** (i. d. Regel)**:** |
| **Art und Ausstattung der Ställe** (z.B. Einrichtung, Kaltscharrraum)**:**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)**:**[ ]  Brunnenwasser [ ]  Stadtwasser [ ]  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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**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.