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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Betrieb (Name, Vorname) | | | 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 Stallplätze  Stall 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze  Stall 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:**  **nur Aufzucht**  **nur Mast**  **Aufzucht und Mast**  **nur Hennen**  **nur Hähne**  **Angaben zu Einstall- und Umstallrhythmus:**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Alter bei Einstallung:** \_\_\_\_ Tage  **Mastdauer Henne:**\_\_\_\_\_ Tage/Wochen **Hahn**: \_\_\_\_\_ Tage/Wochen  **Gewicht bei Endausstallung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**kg / Henne** \_\_\_\_\_\_\_ **kg/ Hahn**  **QS-System-Teilnehmer:**  ja  nein **Bio-Siegel:**  (welches:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sonstiges:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Besatzdichte: kg / qm Teilnahme Gesundheitskontrollprogramm:**  ja  nein |
| **Leerstandszeit / Serviceperiode** (i. d. Regel)**:** |
| **Art und Ausstattung der Ställe** (z.B. Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung)**:** |

**4. Angaben zu 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 |
| **Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere** (z.B. Krankenabteil)**:** |

**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, Hennen und Hähne)**:**  **1.\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_** |
| **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)

**9. 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.