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

[ ]  Milchkühe [ ]  zugegangene Kälber bis 12 Monate

* für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen

## 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 Ställe mit Stallbezeichnung |  |
| Anzahl Stallplätze gesamt Milchkühe auf dem Betrieb [ ]  nein [ ]  ja |

**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. AnlageName, Anschrift: |

**3. Angaben zur Tierhaltung**

|  |
| --- |
| **Art und Weise der Mast:** [ ]  rein/raus [ ]  abteilweise [ ]  stallweise [ ]  kontinuierlich [ ]  mit Auslauf [ ]  Freilandhaltung**QS-System-Teilnehmer:** [ ]  ja [ ]  nein **Bio-Siegel:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sonstiges:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Zukauf / Verkauf** : [ ]  geschlossenes System [ ]  Zukauf Anzahl Herkünfte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| [ ]  **Fresser-Aufzucht** [ ]  **Fresser-Mast** [ ]  **Milchmast**  [ ]  **Rose-Mast** [ ]   **Bullenmast** **Alter bei Einstallung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wochen / Monate **Mastdauer:** \_\_\_\_\_\_\_\_ Wochen / Monate |
| **Besatzdichte: m2/TierTiere pro Bucht:**  |
| **Leerstandszeit** (i. d. Regel)**:** |
| **Haltungssystem:**[ ]  Betonspalten [ ]  Holzspalten [ ]  Holzspalten mit Kunststoff [ ]  Tiefstreu [ ]  Liegeboxen-Laufstall [ ]  Anbinde-Haltung [ ]  Weidegang [ ]  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**4. Angaben zu Klimatechnik**

|  |
| --- |
| **Lüftungs- und Heizungstechnik**[ ]  Zwangslüftung [ ]  Deckenlüftung [ ]  Türganglüftung **[ ]** freie Lüftung[ ]  Unterflurabsaugung [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***[ ]  Heizkanone [ ]  Konvektor [ ]  Deltarohre [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Überprüfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung**

|  |
| --- |
| **Art der Fütterung** (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft)**:** [ ]  Milchaustauscher[ ]  TMR[ ]  Kraftfutter[ ]  Heu [ ]  Stroh [ ]  Maissilage [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Eimer [ ]  Trog [ ]  Automat 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**

|  |
| --- |
| [ ]  Injektion [ ]  Futter [ ]  Wasser [ ]  Milchtränke[ ]  Mischer / Vorbehälter [ ]  Dosierer [ ]  tiernah [ ]  lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen) |
| **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 **Fütterungseinrichtungen**: [ ]  Reinigung Futterleitungen[ ]  Reinigung Futtertröge  [ ]  routinemäßig [ ]  nach Antibiotika-Gabe [ ]  Reinigung Futtersilo [ ]  Schädlingsbekämpfung: [ ]  durch Fremdfirma [ ]  selbst  |
| **Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:**Krankenbucht [ ]  nein [ ]  ja, Anzahl \_\_\_\_\_  [ ]  mit Stroh [ ]  sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  sonstige Absonderungsmöglichkeiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**8. Gesundheitsmanagement**

|  |
| --- |
| **Immunprophylaxe** (Impfschema)**:**[ ]  vorgeimpft mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  im Bestand geimpft mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Behandlung gegen: Endoparasiten** [ ]  ja [ ]  nein **Ektoparasiten** [ ]  ja [ ]  nein [ ]  sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:**

|  |
| --- |
| **Schwerpunkt(e) der Erkrankung:** [ ]  Atemwege [ ]  Verdauungsapparat[ ]  Bewegungsapparat[ ]  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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.