

# 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
			<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: <span style="float: right;">ggf. Anlage</span>			
Integration: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

## 3. Angaben zur Tierhaltung

Mastverfahren: <input type="checkbox"/> nur Aufzucht <input type="checkbox"/> nur Mast	
<input type="checkbox"/> Aufzucht und Mast <input type="checkbox"/> nur Hennen <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____ Sonstiges: _____

<b>Besatzdichte:</b> <b>kg / qm</b> <b>Teilnahme Gesundheitskontrollprogramm:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leerstandszeit / Serviceperiode</b> (i. d. Regel):
<b>Art und Ausstattung der Ställe</b> (z.B. Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung):

**4. Angaben zu Klimatechnik**

<b>Heizung und Lüftung</b> (z.B. Technik, Qualität):
--

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

<b>Art der Fütterung</b> (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):
Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____
<b>Wasserversorgung</b> (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):
<input type="checkbox"/> Brunnenwasser <input type="checkbox"/> Stadtwasser <input type="checkbox"/> Wasseruntersuchung _____
Anzahl Tiere pro Tränke: _____    Art der Tränke _____

**6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika**

<input type="checkbox"/> <b>Wasser</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> _____
<b>Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Risikomanagementplan vorhanden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**7. Angaben zur Hygiene**

<b>Externe Biosicherheit des Betriebes:</b>
Art der Schutzkleidung _____
Art der Hygieneschleuse _____
<b>Art und Umfang der internen Biosicherheit:</b>
<input type="checkbox"/> Reinigung Stall <input type="checkbox"/> Desinfektion Stall
<b>Wasserleitungen:</b> <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Desinfektion <input type="checkbox"/> routinemäßig <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe
<b>Fütterungseinrichtungen:</b> <input type="checkbox"/> Reinigung Futterleitungen <input type="checkbox"/> Reinigung Futterschalen
<input type="checkbox"/> Reinigung Futtersilo
<input type="checkbox"/> Schädlingsbekämpfung: <input type="checkbox"/> durch Fremdfirma <input type="checkbox"/> selbst
<b>Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere</b> (z.B. Krankenabteil):

## 8. Gesundheitsmanagement

<b>Immunprophylaxe</b> (Impfschema): Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____	Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____
<b>Parasitenbekämpfung:</b>	
<b>Sonstiges:</b>	

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

<b>Schwerpunkt(e) der Erkrankung:</b> <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Verdauungsapparat <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Tierverluste für das Kalenderhalbjahr</b> (differenziert pro Durchgang, Hennen und Hähne): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
<b>Angaben zu Krankheitsgeschehen</b> (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung):
<b>Weiterführende Diagnostik</b> (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage): <input type="checkbox"/> <b>Erregernachweis / Resistenztest</b> (Befunde ggf. als Kopie)  <input type="checkbox"/> <b>Sektion</b> (Befunde ggf. als Kopie)  <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b>

## 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

<b>Maßnahmen</b> (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)	<b>Zeitraum der Umsetzung</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an das zuständige Veterinäramt.