

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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

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: | | | ggf. Anlage |

3. Angaben zur Tierhaltung

| | |
|--|---------------------------|
| Art und Weise der Mast: <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> stallweise <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Auslauf <input type="checkbox"/> Freilandhaltung | |
| QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: _____ Sonstiges: _____ | |
| Zukauf / Verkauf : <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fresser-Aufzucht <input type="checkbox"/> Fresser-Mast <input type="checkbox"/> Milchmast <input type="checkbox"/> Rose-Mast <input type="checkbox"/> Bullenmast Alter bei Einstallung: _____ Wochen / Monate Mastdauer: _____ Wochen / Monate | |
| Besatzdichte: _____ | m²/Tier |
| Tiere 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.