

# Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr. 2 TAMG für die Tierart Schwein

Sauen  Saugferkel  Absatzferkel bis 30kg

Mastschweine über 30 kg → für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen

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

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

Tierhalter, 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 Ställe mit Stallbezeichnung	
Anzahl Stallplätze gesamt:	Sauenhalter <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

<b>Art und Weise der Mast:</b> <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	
<b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> _____ <b>Sonstiges:</b> _____	
<b>Zukauf / Verkauf :</b> <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____	
<b>Alter und Gewicht bei Einstallung:</b>	<b>Mastdauer:</b>
<b>Besatzdichte:</b> m <sup>2</sup> /Tier	<b>Tiere pro Bucht :</b>
<b>Leerstandszeit (i. d. Regel):</b>	
<b>Ausstattung der Ställe:</b>	
<b>Boden:</b> <input type="checkbox"/> Vollspalten <input type="checkbox"/> Teilsपालten <input type="checkbox"/> Betonsपालten <input type="checkbox"/> Kunststoffspalten <input type="checkbox"/> Stroh <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
<b>Beschäftigungsmaterial:</b> <input type="checkbox"/> Kette <input type="checkbox"/> Kette / Holz <input type="checkbox"/> Seil <input type="checkbox"/> Heu / Stroh	

Sonstiges: \_\_\_\_\_  Anzahl (pro Bucht) \_\_\_\_\_

#### 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):

Breiautomat  Trockenautomat  Flüssigfütterung  Sonstige \_\_\_\_\_

mehlförmig  granuliert  pelletiert

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

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 nach SchHaltHygV

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 Futtertröge

routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe

Reinigung Fattersilo

Schädlingsbekämpfung:  durch Fremdfirma  selbst

**Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:**

- Krankenbucht     nein  
                           ja, Anzahl \_\_\_\_\_  
                           mit Gummimatte     mit Stroh     sonstiges \_\_\_\_\_  
 sonstige Absonderungsmöglichkeiten \_\_\_\_\_

**8. Gesundheitsmanagement****Immunprophylaxe** (Impfschema):

- vorgeimpft beim Ferkelerzeuger 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

<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.