

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Huhn

für VVVO-Nr. _____

| | | |
|---------------------------------|---------|---------------|
| Tierhalter, Name(n), Vorname(n) | | Firmenstempel |
| PLZ, Ort, Straße, Hausnummer | | |
| Telefon | Telefax | |

1. Angaben zum Betrieb

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Anschrift des Betriebsstandortes | | | | | |
| Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung | | | | | |
| Anzahl Stallplätze gesamt | | | | | |
| Weitere Nutzungsarten am Standort (inkl. Anzahl Stallplätze) | Rd. < 8 Mon. <input type="checkbox"/> | Milchvieh <input type="checkbox"/> | Schw. < 30kg <input type="checkbox"/> | Hühner <input type="checkbox"/> | Legehennen <input type="checkbox"/> |
| | Rd. > 8 Mon. <input type="checkbox"/> | Sauen <input type="checkbox"/> | Schw. > 30kg <input type="checkbox"/> | Puten <input type="checkbox"/> | Sonstiges: |

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: ___/_____

Betriebliche Therapiehäufigkeit beträgt: _____

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgenden Tierarzt:

| Name | Anschrift | 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 |
| Integration: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |

3. Angaben zur Tierhaltung

| | |
|---|--|
| Mastverfahren: _____ | Mastdauer: _____ Tage |
| Vorgriff <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gewicht bei Endausstallung: _____ kg/ Tier |
| QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches) _____ Sonstiges: _____ | |
| Besatzdichte: _____ kg / qm | |
| Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel): | |
| Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung , Einstreu, Kaltscharrraum): | |

4. Angaben zur Klimatechnik

Lüftungstechnik, Luftqualität (u.a. Ergebnisse zu Temperatur, Schadgasen etc.):

Heiztechnik, Klimatechnik:

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):

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 (z.B. Schutzkleidung, Hygieneschleuse):

Interne Biosicherheit (z.B. Reinigung und Desinfektion, Schädlingsbekämpfung, Erfolgskontrolle):

Reinigung und Desinfektion der Futter- und Tränkeeinrichtungen:

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar: ja nein, weil:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges: _____

Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Angaben zu Krankheitsgeschehen (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, Diagnose, Behandlung):

Durchgeführte Diagnostik (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage):

Vermutete Ursache für die Überschreitung der Kennzahl 2:

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 (Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz (TLV)) Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen. (bitte streichen, falls nicht gewünscht)

Stand: 08.06.2015

11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Maßnahmen (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen) **einschließlich Zeitraum der Umsetzung**

12. Zeitplan (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

Langfristige Maßnahme(n):

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes