

# Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Pute

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"/>	Sonstige:

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

<b>Mastverfahren:</b> <input type="checkbox"/> nur Aufzucht <input type="checkbox"/> nur Mast <input type="checkbox"/> Aufzucht und Mast <input type="checkbox"/> nur Hennen <b>Angaben zu Einstall- und Umstallrhythmus::</b> _____ <b>Alter bei Einstallung:</b> _____ <b>Mastdauer</b> (getrennt nach Hennen und Hähnen): _____ <b>Gewicht bei Endausstallung:</b> _____ <b>kg / Henne</b> _____ <b>kg/ Hahn</b> <b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> <input type="checkbox"/> (welches:) _____ <b>Sonstiges:</b> _____
<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>Ausstattung der Ställe</b> (Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung):

#### 4. Angaben 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:**

**Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere** (z.B. Krankenabteil):

#### 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, Hennen und Hähne):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

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

## 9. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

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

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

**Langfristige Maßnahme(n):**

**Zeitraum der Umsetzung:**

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

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