

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

Legehennen

VVVO-Nr.: _____

Kalenderhalbjahr: _____ Therapiehäufigkeit: _____

Betrieb, Name(n), Vorname(n)		verantwortliche Person
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Telefon	Telefax	E-Mail

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 tierärztliche Betreuung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Anschrift:		
Weitere Berater (ggf. Anlage):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Anschrift:		
Integration:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3. Angaben zur Tierhaltung

Mauser:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	Wochen Haltungsdauer
Alter bei Einstallung	_____	Tage/Wochen	Herkunft: _____
Besatzdichte	_____	Tiere / m ²	Auslauf _____ m ² / Tier
QS-System-Teilnehmer:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstiges:	_____
Bio-Siegel:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches:	_____	
Tierwohlteilnahme:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige Programme:	_____
Dunkelphase:	_____	Stunden	
Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel):	_____		

Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung, Kaltscharraum):					
<input type="checkbox"/> geschlossener Stall	<input type="checkbox"/> Mobil-Stall	<input type="checkbox"/> Wintergarten			
<input type="checkbox"/> Freilandhaltung	<input type="checkbox"/> Ökologische Erzeugung	Kaltscharraum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beschäftigungsmaterial:	<input type="checkbox"/> Pickblöcke	<input type="checkbox"/> Strohballen	<input type="checkbox"/> Heu / Luzerne	<input type="checkbox"/>	_____
Einstreuart:	_____	Einstreuzusatz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welcher:	_____
Reuter/Sitzstangen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Erhöhte Ebenen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Kleingruppenhaltung	<input type="checkbox"/> Bodenhaltung	Voliere:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Gruppenest	<input type="checkbox"/> Einzelnest	Kotgrube	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Krallenabrieb:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

4. Angaben zur Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):					
Lüftungsart:	<input type="checkbox"/> Unterdruck	<input type="checkbox"/> Überdruck	<input type="checkbox"/> freie Lüftung	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____
Heiztechnik:	<input type="checkbox"/> Heizkanone	<input type="checkbox"/> Konvektor	<input type="checkbox"/> Gasstrahler	<input type="checkbox"/> Bodenheizung	
Kühlsysteme:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Sprühkühlung	<input type="checkbox"/> Ventilatoren		

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):					
Futterherkunft:	<input type="checkbox"/> Fertigfutter	<input type="checkbox"/> Hofmischung	<input type="checkbox"/> Zufütterung von	_____	
Fütterungstechnik:	<input type="checkbox"/> Futterschale	<input type="checkbox"/> Kettenfütterung	<input type="checkbox"/> Phasenfütterung		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____			
Anzahl Tiere pro Futterplatz:	_____				
Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):					
<input type="checkbox"/> Brunnenwasser	<input type="checkbox"/> Stadtwasser	<input type="checkbox"/> letzte Wasseruntersuchung am: _____			
Wasserleitungssystem:	<input type="checkbox"/> Stichleitung	<input type="checkbox"/> Ringleitung			
Tränkesystem:	<input type="checkbox"/> Rundtränken	<input type="checkbox"/> Nippeltränken mit Tropfschalen			
	<input type="checkbox"/> Rinnentränken	<input type="checkbox"/> Bechertränken			
Anzahl Tiere pro Tränke:	_____				
Letzte Wasseruntersuchung am:	_____				

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

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

7. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes:

Art der Schutzkleidung: _____

Art der Hygieneschleuse: _____

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden: nein ja, mit: _____

Art und Umfang der internen Biosicherheit:

Reinigung Stall: nein ja, mit (Reinigungsmittel) _____

durch Betriebspersonal Fachfirma

Desinfektion Stall: nein ja, mit (Desinfektionsmittel) _____

durch Betriebspersonal Fachfirma

Erfolgskontrolle: nein ja, Abklatschproben nach IKB Schema ja, sonstiges: _____

Wasserleitungen: Reinigung Desinfektion mit _____

nach Antibiotika-Gabe routinemäßig

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futterschalen

Reinigung Futtersilo

Schädlingsbekämpfung: Fachfirma durch Betriebspersonal (selbst)

Dokumentation vorhanden nein ja

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:

Krankenabteil: nein ja, Anzahl _____

sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema (Alter in Tagen)):

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Parasitenbekämpfung: nein ja, gegen _____ Sonstiges: _____

Verabreichung in Form von: Arzneimittel Futterzusatzstoff

Sonstiges:

Tierbetreuung: grundsätzlich gleiche Person(en) wechselnd/Hilfskräfte

Sachkundenachweis: Datum der letzten Aktualisierung: _____

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Geschlechtsapparat

Sonstiges: _____

Legeleistung getrennt nach Monaten im Halbjahr:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Tierverluste

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

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

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

Erregernachweis / Resistenztest (Befunde als Kopie)

Sektion (Befunde 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, Verbesserung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)

Zeitraum der Umsetzung

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an die zuständige Behörde.