



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

VVVO-Nr. _____

Kalenderhalbjahr _____ Therapiehäufigkeit _____

| | | | |
|------------------------------|---------|--------|------------------------------|
| Betrieb, 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 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 Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Name, Anschrift: | | | |
| Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. Anlage | | | |
| Name, Anschrift: | | | |
| 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 Endausstattung: _____ 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, Kaltscharraum): |
| Einstreu: _____ |

4. Angaben zur Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

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

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

Wasser Sonstiges: _____

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 routinemäßig nach Antibiotika-Gabe

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futterschalen

Reinigung Futtersilo

Schädlingsbekämpfung: durch Fremdfirma selbst

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

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, 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.