

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

Junghennen

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 erfolgen 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

Haltungsdauer:	_____	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	

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: _____		

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: _____

weitere Impfungen:

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Parasitenbekämpfung: nein ja, gegen _____ Sonstiges: _____

Verabreichung in Form von: Arzneimittel Futterzusatzstoff (Coccidiostatika)

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
 Sonstiges: _____

Tierverluste

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

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

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.