

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

(Absatz-)Ferkel < 30kg Mastschweine > 30 kg
(für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

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 Ställe mit Stallbezeichnung und Stallplätzen		Stallnummer/ -bezeichnung	Anzahl Stallplätze
	1.	_____	_____
	2.	_____	_____
	3.	_____	_____
	4.	_____	_____
Sauenhalter: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht zutreffend			

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

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:	_____
Zukauf / Verkauf:	<input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf	Anzahl Herkünfte:	_____

Art und Weise der Mast:	rein/raus:	<input type="checkbox"/> abteilweise	<input type="checkbox"/> stallweise
	<input type="checkbox"/> kontinuierlich	<input type="checkbox"/> mit Auslauf	<input type="checkbox"/> Freilandhaltung
Alter und Gewicht bei Einstallung:	_____	Mastdauer:	_____
Besatzdichte (m²/Tier):	_____	Tiere pro Bucht	_____
Leerstandszeit (i. d. Regel):			
Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung):			
Boden:	<input type="checkbox"/> Vollspalten	<input type="checkbox"/> Teilspalten	<input type="checkbox"/> Betonspalten
	<input type="checkbox"/> Kunststoffspalten	<input type="checkbox"/> Stroh	
	<input type="checkbox"/> planbefestigt	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____
Beschäftigungsmaterial:	<input type="checkbox"/> Kette	<input type="checkbox"/> Kette / Holz	<input type="checkbox"/> Seil
			<input type="checkbox"/> Heu / Stroh
Sonstiges:	_____	Anzahl (pro Bucht)	_____

4. Angaben zu Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):			
Lüftungsart:	<input type="checkbox"/> freie Lüftung	<input type="checkbox"/> Zwangslüftung	<input type="checkbox"/> Deckenlüftung
	<input type="checkbox"/> Türganglüftung	<input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung	<input type="checkbox"/> _____
Heiztechnik:	<input type="checkbox"/> Heizkanone	<input type="checkbox"/> Konvektor	<input type="checkbox"/> Deltarohre
			<input type="checkbox"/> _____
Stallklimacheck:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):			
<input type="checkbox"/> Breiautomat	<input type="checkbox"/> Trockenautomat	<input type="checkbox"/> Flüssigfütterung	<input type="checkbox"/> Sonstige _____
<input type="checkbox"/> Trockenfütterung	<input type="checkbox"/> Abruffütterung	<input type="checkbox"/> Raufutter Sau	
<input type="checkbox"/> mehlförmig	<input type="checkbox"/> granuliert	<input type="checkbox"/> pelletiert	_____
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:	_____
Anzahl Tiere pro Tränke:	_____	Art der Tränke:	_____

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

<input type="checkbox"/> Injektion	<input type="checkbox"/> Futter	<input type="checkbox"/> Wasser	
<input type="checkbox"/> Mischer / Vorbehälter	<input type="checkbox"/> Dosierer	<input type="checkbox"/> tiernah	<input type="checkbox"/> lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)
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

Wasserleitungen: Reinigung Desinfektion mit _____

nach Antibiotika-Gabe routinemäßig

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futterschalen

Reinigung Futtersilo nach Antibiotika-Gabe

Schädlingsbekämpfung: Fachfirma durch Betriebspersonal (selbst)

Dokumentation vorhanden nein ja

Absonderungsmöglichkeit:

Krankenbucht: nein ja, Anzahl _____

mit Stroh mit Gummimatte Sonstiges: _____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema): _____

vorgeimpft beim Ferkelerzeuger mit _____

im Bestand geimpft mit _____

Behandlung gegen: Endoparasiten ja nein Ektoparasiten ja nein

Sonstiges: _____

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

- Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat ZNS
- Sonstiges: _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

Verlustrate in %: _____

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

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.