

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

Zuchtschweine Saugferkel
(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.	_____	_____
Isolationsstall am gleichen Standort <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anzahl Sauen	_____	Anzahl Jungsauen	_____

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:	_____
Alter und Gewicht bei Einstallung (Jungsauen):			

Besatzdichte bei Gruppenhaltung (m²/Tier): _____	Tiere pro Bucht _____
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
Abferkelbuchten	<input type="checkbox"/> konventionelle Buchten <input type="checkbox"/> Bewegungsbuchten <input type="checkbox"/> Freie Abferkelung
Anzahl Abferkelbuchten: _____	Anzahl Abferkelplätze: _____
Absetzrhythmus	<input type="checkbox"/> 1-Wochenrhythmus <input type="checkbox"/> 2-Wochenrhythmus <input type="checkbox"/> 3-Wochenrhythmus <input type="checkbox"/> 4-Wochenrhythmus <input type="checkbox"/> 5-Wochenrhythmus <input type="checkbox"/> 6-Wochenrhythmus <input type="checkbox"/> Sonstiger Rhythmus: _____
Durchschnittliches Absetzalter _____	Tage
Durchschnittliches Absetzgewicht _____	kg/Tier
Waschung der Sauen vor Einstallung in Abferkelbereich	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> immer
Umsetzung der Saugferkel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals
Zootechnische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Kastrieren <input type="checkbox"/> Schwänze kürzen <input type="checkbox"/> Zähne schleifen
Kenndaten	
Remontierungsrate _____ %	Abgesetzte Ferkel _____ pro Sau/Jahr
Trächtigkeitsdauer _____ Tage	Anzahl Würfe _____ pro Sau/Jahr
Abferkelrate _____ %	Anzahl lebendgeborener Ferkel _____ pro Sau/Jahr
Erstbelegungsalter _____ Tage	

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"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Heiztechnik Wartebuchten:	<input type="checkbox"/> Heizkanone <input type="checkbox"/> Konvektor <input type="checkbox"/> Deltarohre <input type="checkbox"/> _____
Heiztechnik Abferkelstall:	<input type="checkbox"/> Wärmelampe <input type="checkbox"/> beheizte Bodenplatte <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):

- Breiautomat Trockenautomat Flüssigfütterung Sonstige _____
- Trockenfütterung Abruffütterung Raufutter Sau
- mehlförmig granuliert pelletiert _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____

Zufütterung der Ferkel mit _____

Einsatz künstliche Amme ja nein Natürliche Amme ja nein

Zusätzliche Milch ja nein

Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):

Brunnenwasser Stadtwasser letzte Wasseruntersuchung am: _____

Anzahl Tiere pro Tränke: _____ Art der Tränke: _____

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

- Injektion Futter Wasser
- Mischer / Vorbehälter Dosierer tiernah lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)

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: _____

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

Eigenes Ammenabteil: nein ja

Krankenbucht: nein ja, Anzahl _____

mit Stroh mit Gummimatte Sonstiges: _____

sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____

8. Gesundheitsmanagement

Impfschema Zuchtschweine:

Impfschema Saugferkel:

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 Gesäuge Geschlechtsapparat
 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.