

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

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

Mastverfahren:	<input type="checkbox"/> Kurz/Leichtmast	<input type="checkbox"/> Mittellangmast	<input type="checkbox"/> Schwer-/Langmast
	<input type="checkbox"/> Extensiv		
Gewicht bei Endausstallung:	_____ Kg/Tier	Mastdauer:	_____ Tage
Vorgriff	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit Masttag/ Gewicht:	_____
Tierbezug:	Integration	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____ Anzahl der Herkünfte _____
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: _____
Besatzdichte:	_____ kg/qm		
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					

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					
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

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema (Alter in Tagen)):

Alter: _____ Impfstoff: _____

Parasitenbekämpfung: nein ja, gegen _____

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: _____

Anzahl der Durchgänge in dem Kalenderhalbjahr:

Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

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

Fußballengesundheit (Score): (differenziert pro Durchgang)

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

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

Weiterführende Diagnostik (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. 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.