

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

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.	_____	_____

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

Programmteilnahme	
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: _____
Angaben zur Tiergesundheit:	
Nutzungsdauer: _____	Herdenalter: _____
Durchschnittliche Zellzahl pro Jahr: _____	

Zukauf / Verkauf:	<input type="checkbox"/> eigene Nachzucht	Kuhgebundene Aufzucht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Zukauf	Anzahl Herkünfte:	_____
Besatzdichte	_____ m²/Tier	Anzahl Tiere pro Liegebox:	_____
Haltungssystem:			
<input type="checkbox"/> Liegeboxen-Laufstall	<input type="checkbox"/> Anbinde-Haltung	<input type="checkbox"/> Weidegang	<input type="checkbox"/> Trockensteher Haltung
<input type="checkbox"/> Betonspalten	<input type="checkbox"/> planbefestigt	<input type="checkbox"/> Tiefstreu	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

4a. Angaben zu Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):			
Lüftungsart:	<input type="checkbox"/> freie Lüftung	<input type="checkbox"/> Zusätzliche Technik:	_____
Heiztechnik:	<input type="checkbox"/> Heizkanone	<input type="checkbox"/> Konvektor	<input type="checkbox"/> Deltarohre <input type="checkbox"/> _____

4b. Angaben zur Melktechnik und Hygiene

<input type="checkbox"/> Melkstand	Art: _____	Anzahl Plätze:	_____
<input type="checkbox"/> Melkroboter	Modell: _____		
Teilnahme an Milchleistungsprüfung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Melken euterkranker Tiere:	<input type="checkbox"/> in der Herde, ohne Reihenfolge, mit eigenem Melkzeug		
	<input type="checkbox"/> am Ende der Melkreihenfolge, mit eigenem Melkzeug		
Regelmäßige Wartung Melksystem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Häufigkeit:	_____
Regelmäßiger Tausch Zitzengummis:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit:	_____
Zitzendippen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Melkhygiene:	Eutervorreinigung mit	<input type="checkbox"/> Einwegtuch	<input type="checkbox"/> Mehrwegtuch
	<input type="checkbox"/> Zitzendesinfektion	<input type="checkbox"/> Handschuhe beim Melken	
	<input type="checkbox"/> Schutzkleidung:	_____	

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):					
<input type="checkbox"/> TMR	<input type="checkbox"/> Kraftfutter	<input type="checkbox"/> Heu	<input type="checkbox"/> Stroh	<input type="checkbox"/> Weide	<input type="checkbox"/> Rüben
<input type="checkbox"/> Maissilage	<input type="checkbox"/> Grassilage	<input type="checkbox"/> Treber/Pülpe	<input type="checkbox"/> Trester	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> Vollautomatische Fütterung	<input type="checkbox"/> Futterautomat	<input type="checkbox"/> Trog	<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: _____			
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"/> Dosierer |
| <input type="checkbox"/> Mischer / Vorbehälter | <input type="checkbox"/> tiernah | <input type="checkbox"/> intramammär | <input type="checkbox"/> intrauterin |
| <input type="checkbox"/> lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen) | | | |

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 _____

routinemäßig

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futtertröge

Reinigung Futtersilo routinemäßig

Schädlingsbekämpfung: Fachfirma durch Betriebspersonal (selbst)

Dokumentation vorhanden nein ja

Absonderungsmöglichkeit:

Krankenbucht: nein ja, Anzahl _____

mit Stroh Sonstiges: _____

Abkalbebuchten: nein ja, Anzahl _____

mit Stroh Sonstiges: _____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):	Name und Zeitpunkt der Impfung:		
<input type="checkbox"/> Impfung:	_____		
<input type="checkbox"/> Impfung:	_____		
<input type="checkbox"/> Impfung:	_____		
<input type="checkbox"/> Impfung:	_____		
Inanspruchnahme einer integrierten tierärztlichen Bestandsbetreuung (ITBS)?:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, im Bereich	<input type="checkbox"/> Fruchtbarkeit <input type="checkbox"/> Eutergesundheit
	<input type="checkbox"/> Klauengesundheit	<input type="checkbox"/> Kälber-/Jungtiergesundheit	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	
Behandlung gegen:	Endoparasiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ektoparasiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____		
Klauenpflege:	<input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal (selbst)	<input type="checkbox"/> Fachfirma	
	Frequenz: _____		
Trockenstellermanagement:			
Länge der Trockenstehzeit:	<input type="checkbox"/> weniger als 6 Wochen	<input type="checkbox"/> 6-8 Wochen	
	<input type="checkbox"/> mehr als 8 Wochen	<input type="checkbox"/> kein Trockenstellen (Durchmelken)	
Art des Trockenstellens:	<input type="checkbox"/> Reduktion der Melkhäufigkeit	<input type="checkbox"/> abruptes Trockenstellen	
	<input type="checkbox"/> Reduktion der Energiezufuhr über Futter		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	
Trockenstellen unter antibiotischem Schutz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> alle Kühe	<input type="checkbox"/> selektiv
Trockensteller mit Zitzenversiegler:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> alle Kühe	<input type="checkbox"/> selektiv

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

- Verdauungsapparat Atemwege Bewegungsapparat Euter
 Geschlechtsapparat Stoffwechsel Sonstiges: _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: _____

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)

Leitkeime bekannt: nein ja, folgende *Sc. uberis* *S. aureus*
 E.coli *Sc. agalactiae* *Sc. dysagalactiae* Mykoplasmen
 Sonstige _____

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.