

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

Mastpute

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
<b>Weitere tierärztliche Betreuung:</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Anschrift:		
<b>Weitere Berater (ggf. Anlage):</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	Anschrift:		
<b>Integration:</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 3. Angaben zur Tierhaltung

<b>Mastverfahren:</b>	<input type="checkbox"/> nur Aufzucht	<input type="checkbox"/> Hennen	<input type="checkbox"/> Hähne
	<input type="checkbox"/> nur Mast	<input type="checkbox"/> Hennen	<input type="checkbox"/> Hähne
	<input type="checkbox"/> Aufzucht und Mast	<input type="checkbox"/> Hennen	<input type="checkbox"/> Hähne
<b>Mastdauer (Wochen):</b>	_____ Hennen	_____ Hähne	
<b>Einstall- und Umstallrhythmus:</b>			
<input type="checkbox"/> 6-8 Wochen-Rhythmus (reine Aufzucht)	<input type="checkbox"/> 13 Wochen-Rhythmus		
<input type="checkbox"/> 16-19-Wochen-Rhythmus (Mast voraufgezogener Jungputen)	<input type="checkbox"/> 18/19-Wochen-Rhythmus (Rotation)		
<input type="checkbox"/> 22/23-Wochen-Rhythmus (Rein-Raus)	<input type="checkbox"/> Kurzmast		
<b>Herkunft:</b>	Alter bei Einstellung:	_____ Tage/Wochen	
<b>Gewicht bei Endausstallung (kg/Tier):</b>	_____ Hennen	_____ Hähne	

<b>QS-System-Teilnehmer:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Sonstiges:</b>	_____
<b>Bio-Siegel:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches:		_____
<b>Tierwohlteilnahme:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Sonstige Programme:</b>	_____
<b>Besatzdichte kg/m<sup>2</sup>:</b>	_____ Hennen	_____ Hähne	
<b>Leerstandszeit / Serviceperiode</b> (i. d. Regel): _____			
<b>Art und Ausstattung der Ställe</b> (z.B. Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung):			
<input type="checkbox"/> offener Stall (Louisiana)	<input type="checkbox"/> geschlossener Stall	<input type="checkbox"/> Wintergarten	
<input type="checkbox"/> Freilandhaltung	<input type="checkbox"/> Ökologische Erzeugung	<b>Kaltscharrraum:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Beschäftigungsmaterial:</b>	<input type="checkbox"/> Pickblöcke <input type="checkbox"/> Strohballen	<input type="checkbox"/> Heuraufen/-körbe	<input type="checkbox"/> _____
<b>Einstreuart:</b>	_____	<b>Einstreuzusatz:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: _____
<b>Reuter/Sitzstangen:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Erhöhte Ebenen:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### 4. Angaben zu Klimatechnik

<b>Heizung und Lüftung</b> (z.B. Technik, Qualität):			
<b>Lüftungsart:</b>	<input type="checkbox"/> Unterdruck	<input type="checkbox"/> Überdruck	<input type="checkbox"/> Gleichdruck <input type="checkbox"/> Schwerkraft
	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
<b>Kühlsysteme:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Sprühkühlung	<input type="checkbox"/> Ventilatoren
<b>Heiztechnik:</b>	<input type="checkbox"/> Heizkanone	<input type="checkbox"/> Konvektor	<input type="checkbox"/> Gasstrahler <input type="checkbox"/> Bodenheizung
	<input type="checkbox"/> Deckenstrahlplatten		

#### 5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

<b>Art der Fütterung</b> (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):			
<b>Futterherkunft:</b>	<input type="checkbox"/> Fertigfutter	<input type="checkbox"/> Hofmischung	<input type="checkbox"/> Zufütterung von _____
<b>Fütterungstechnik:</b>	<input type="checkbox"/> Futterschale	<input type="checkbox"/> Phasenfütterung	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
<b>Anzahl Tiere pro Futterplatz:</b>	_____		
<b>Wasserversorgung</b> (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):			
<input type="checkbox"/> Brunnenwasser	<input type="checkbox"/> Stadtwasser	<input type="checkbox"/> letzte Wasseruntersuchung am: _____	
<b>Wasserleitungssystem:</b>	<input type="checkbox"/> Stichleitung	<input type="checkbox"/> Ringleitung	
<b>Tränkesystem:</b>	<input type="checkbox"/> Rundtränken	<input type="checkbox"/> Nippeltränken	
<b>Anzahl Tiere pro Tränke:</b>	_____		

## 6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Vorlaufbehälter	<input type="checkbox"/> Dosierer
<b>Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Risikomanagementplan vorhanden?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 7. Angaben zur Hygiene

<b>Externe Biosicherheit des Betriebes:</b>	
Art der Schutzkleidung:	_____
Art der Hygieneschleuse:	_____
Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit: _____
<b>Art und Umfang der internen Biosicherheit:</b>	
<b>Reinigung Stall:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Reinigungsmittel) _____
	<input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma
<b>Desinfektion Stall:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Desinfektionsmittel) _____
	<input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma
<b>Erfolgskontrolle:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Abklatschproben nach IKB Schema <input type="checkbox"/> ja, sonstiges: _____
<b>Wasserleitungen:</b>	<input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Desinfektion mit _____
	<input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe <input type="checkbox"/> routinemäßig
<b>Fütterungseinrichtungen:</b>	<input type="checkbox"/> Reinigung Futterleitungen <input type="checkbox"/> Reinigung Futterschalen
	<input type="checkbox"/> Reinigung Futtersilo
<b>Schädlingsbekämpfung:</b>	<input type="checkbox"/> Fachfirma <input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal (selbst)
	Dokumentation vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:</b>	
<b>Krankenabteil:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____

## 8. Gesundheitsmanagement

<b>Immunprophylaxe (Impfschema (Alter in Tagen)):</b>			
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
<b>Parasitenbekämpfung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen _____			
Verabreichung in Form von: <input type="checkbox"/> Arzneimittel <input type="checkbox"/> Futterzusatzstoff (Coccidiostatika)			
<b>Sonstiges:</b>			

**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.	<b>Hennen:</b> _____	<b>Hähne:</b> _____	<b>Gesamt:</b> _____
2.	<b>Hennen:</b> _____	<b>Hähne:</b> _____	<b>Gesamt:</b> _____
3.	<b>Hennen:</b> _____	<b>Hähne:</b> _____	<b>Gesamt:</b> _____
4.	<b>Hennen:</b> _____	<b>Hähne:</b> _____	<b>Gesamt:</b> _____

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Weiterführende Diagnostik** (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage):

**Erregernachweis / Resistenztest** (Befunde ggf. als Kopie)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sektion** (Befunde ggf. 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.