

Maßnahmenplan nach § 57 TAMG für die Tierart Huhn

VVO-Nr. _____

Kalenderhalbjahr _____ Therapiehäufigkeit _____

Betrieb, Name(n), Vorname(n)			verantwortliche Person
PLZ, Ort, Strasse, Hausnummer			PLZ, Ort, Strasse, Hausnummer
Telefon	Telefax	E-Mail	Telefon

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 erfolgt durch folgenden Tierarzt:

Name	Anschrift	VVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Name, Anschrift:			
Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. Anlage			
Name, Anschrift:			
Integration: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

3. Angaben zur Tierhaltung

Mastverfahren: _____	Mastdauer: _____	Tage
Vorgriff <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht bei Endausstattung: _____ kg/ Tier	
QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____	Sonstiges: _____
Besatzdichte: _____ kg / qm		
Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel):		
Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung, Kaltscharraum):		
Einstreu: _____		

4. Angaben zur Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____

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

Brunnenwasser Stadtwasser Wasseruntersuchung _____

Anzahl Tiere pro Tränke: _____ Art der Tränke _____

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Wasser Sonstiges: _____

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 _____

Art und Umfang der internen Biosicherheit:

Reinigung Stall Desinfektion Stall _____

Wasserleitungen: Reinigung Desinfektion routinemäßig nach Antibiotika-Gabe

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futterschalen

Reinigung Futtersilo

Schädlingsbekämpfung: durch Fremdfirma selbst

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Alter: _____ Impfstoff: _____

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges: _____

Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

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

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

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

Erregernachweis / Resistenztest (Befunde ggf. als Kopie)

Sektion (Befunde ggf. als Kopie)

Sonstiges

