

## Maßnahmenplan nach § 57 TAMG für die Tierart Pute

VVO-Nr. \_\_\_\_\_

Kalenderhalbjahr \_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit \_\_\_\_\_

Betrieb (Name, Vorname)			Verantwortliche Person
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer			PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Telefon	Telefax	E-Mail	Telefon

### 1. Angaben zum Betrieb

Anschritt 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	Anschritt	VVVO-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

<b>Mastverfahren:</b> <input type="checkbox"/> nur Aufzucht <input type="checkbox"/> nur Mast <input type="checkbox"/> Aufzucht und Mast <input type="checkbox"/> nur Hennen <input type="checkbox"/> nur Hähne			
<b>Angaben zu Einstall- und Umstallrhythmus:</b> _____ _____			
<b>Alter bei Einstallung:</b> _____ Tage <b>Mastdauer Henne:</b> _____ Tage/Wochen <b>Hahn:</b> _____ Tage/Wochen			
<b>Gewicht bei Endausstallung:</b> _____ kg/ Henne   _____ kg/ Hahn			
<b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> <input type="checkbox"/> (welches:) _____ <b>Sonstiges:</b> _____			
<b>Besatzdichte:</b> _____ kg / qm <b>Teilnahme Gesundheitskontrollprogramm:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel):</b> _____			

**Art und Ausstattung der Ställe** (z.B. Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung):

#### 4. Angaben zu 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

**Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere** (z.B. Krankenabteil):

## 8. Gesundheitsmanagement

<b>Immunprophylaxe</b> (Impfschema): Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____	Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____ Alter: _____ Impfstoff: _____
<b>Parasitenbekämpfung:</b>	
<b>Sonstiges:</b>	

## 9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

<b>Schwerpunkt(e) der Erkrankung:</b> <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Verdauungsapparat <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Tierverluste für das Kalenderhalbjahr</b> (differenziert pro Durchgang, Hennen und Hähne): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
<b>Angaben zu Krankheitsgeschehen</b> (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung):
<b>Weiterführende Diagnostik</b> (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage): <input type="checkbox"/> <b>Erregernachweis / Resistenztest</b> (Befunde ggf. als Kopie)  <input type="checkbox"/> <b>Sektion</b> (Befunde ggf. als Kopie)  <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b>

## 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)

## 9. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Maßnahmen (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)	Zeitraum der Umsetzung

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an  
Landkreises Rotenburg (Wümme)  
Veterinäramt  
Hopfengarten 2  
27356 Rotenburg (Wümme)  
E-Mail: [veterinaeramt.row@lk-row.de](mailto:veterinaeramt.row@lk-row.de)