

Maßnahmenplan nach § 57 TAMG für die Tierart Rind

unter 8 Monate **über 8 Monate** (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

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

| | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Anschrift des Betriebsstandortes | | | | |
| Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung | | | | |
| Anzahl Stallplätze gesamt | Milchkühe auf dem Betrieb | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

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: | | | |

3. Angaben zur Tierhaltung

| | |
|---|-------------------------------|
| Art und Weise der Mast: <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> stallweise | |
| <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Auslauf <input type="checkbox"/> Freilandhaltung | |
| QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: _____ Sonstiges: _____ | |
| Zukauf / Verkauf: <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fresser-Aufzucht <input type="checkbox"/> Fresser-Mast <input type="checkbox"/> Milchmast <input type="checkbox"/> Rose-Mast <input type="checkbox"/> Bullenmast | |
| Alter bei Einstallung: _____ Wochen / Monate Mastdauer: _____ Wochen / Monate | |
| Besatzdichte: _____ m ² /Tier | Tiere pro Bucht: _____ |
| Leerstandszeit (i. d. Regel): _____ | |
| Haltungssystem: | |
| <input type="checkbox"/> Betonspalten <input type="checkbox"/> Holzspalten <input type="checkbox"/> Holzspalten mit Kunststoff <input type="checkbox"/> Tiefstreu | |
| <input type="checkbox"/> Liegeboxen-Laufstall <input type="checkbox"/> Anbinde-Haltung <input type="checkbox"/> Weidegang <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

4. Angaben zu Klimatechnik

Lüftungs- und Heizungstechnik

- Zwangslüftung Deckenlüftung Türganglüftung freie Lüftung
 Unterflurabsaugung _____ _____
 Heizkanone Konvektor Deltarohre _____ _____
Überprüfung am: _____ durch: _____

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

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

- Milchaustauscher TMR Kraftfutter Heu Stroh Maissilage _____
 Eimer Trog Automat
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

- Injektion Futter Wasser Milchtränke
 Mischer / Vorbehälter Dosierer tiemah lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)

- 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
Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futtertröge
 routinemäßig nach Antibiotika-Gabe
 Reinigung Fattersilo
 Schädlingsbekämpfung: durch Fremdfirma selbst

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:

- Krankenbucht nein
 ja, Anzahl _____
 mit Stroh sonstiges _____
 sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

vorgeimpft mit _____

im Bestand geimpft mit _____

Behandlung gegen: Endoparasiten ja nein **Ektoparasiten** ja nein

sonstiges _____

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat 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):

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

Erregernachweis / Resistenztest Befunde ggf. als Kopie)

Sektion (Befunde ggf. als Kopie)

Sonstiges

