

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

zugegangene Kälber bis 12 Monate

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.	_____	_____
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: _____		
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: _____
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

Leerstandszeit (i. d. Regel): _____			
<input type="checkbox"/> Fresser-Aufzucht	<input type="checkbox"/> Fresser-Mast	<input type="checkbox"/> Milchmast	<input type="checkbox"/> Rose-Mast
<input type="checkbox"/> Bullenmast	<input type="checkbox"/> Färsenmast	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____
Alter bei Einstallung: _____	Wochen/Monate	Mastdauer: _____	Wochen/Monate
		Haltungsdauer: _____	Wochen/Monate
Zukauf / Verkauf :	<input type="checkbox"/> Zukauf	Anzahl Herkünfte:	_____
Besatzdichte	_____	m²/Tier	Tiere pro Bucht: _____
Haltungssystem:			
<input type="checkbox"/> Betonspalten	<input type="checkbox"/> Holzspalten	<input type="checkbox"/> Tiefstreu	<input type="checkbox"/> Holzspalten mit Kunststoff
<input type="checkbox"/> Betonspalten + Gummiauflage	<input type="checkbox"/> Anbinde-Haltung	<input type="checkbox"/> Weidegang	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Liegeboxen-Laufstall			

4. Angaben zu Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):			
Lüftungsart:	<input type="checkbox"/> Zwangslüftung	<input type="checkbox"/> Deckenlüftung	<input type="checkbox"/> Türganglüftung
	<input type="checkbox"/> freie Lüftung	<input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung	<input type="checkbox"/> Ventilator
	<input type="checkbox"/> Airtubes	<input type="checkbox"/> Andere:	_____
Heiztechnik:	<input type="checkbox"/> Heizkanone	<input type="checkbox"/> Konvektor	<input type="checkbox"/> Deltarohre
		<input type="checkbox"/>	_____

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):			
<input type="checkbox"/> Milchaustauscher	<input type="checkbox"/> TMR	<input type="checkbox"/> Krafffutter	<input type="checkbox"/> Heu
<input type="checkbox"/> Stroh	<input type="checkbox"/> Weide	<input type="checkbox"/> Maissilage	<input type="checkbox"/> Grassilage
<input type="checkbox"/> Treber/Pülpe	<input type="checkbox"/> Trester	<input type="checkbox"/> Rüben	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Eimer	<input type="checkbox"/> Trog	<input type="checkbox"/> Automat	<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"/> Milchtränke
	<input type="checkbox"/> Futter Topdressing	<input type="checkbox"/> Futter vermischt	
<input type="checkbox"/> Mischer / Vorbehälter	<input type="checkbox"/> Dosierer	<input type="checkbox"/> tiernah	
<input type="checkbox"/> lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)			

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Risikomanagementplan vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes:	
Art der Schutzkleidung:	_____
Art der Hygieneschleuse:	_____
Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit: _____
Art und Umfang der internen Biosicherheit:	
Reinigung Stall:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Reinigungsmittel) _____
	<input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma
Desinfektion Stall:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit (Desinfektionsmittel) _____
	<input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma
Wasserleitungen:	<input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Desinfektion mit _____
	<input type="checkbox"/> routinemäßig <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe
Fütterungseinrichtungen:	<input type="checkbox"/> Reinigung Futterleitungen <input type="checkbox"/> Reinigung Futtertröge
	<input type="checkbox"/> routinemäßig <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe
Schädlingsbekämpfung:	<input type="checkbox"/> durch Betriebspersonal <input type="checkbox"/> Fachfirma
	Dokumentation vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:	
Krankenbucht:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____
	<input type="checkbox"/> mit Stroh <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):	Name Impfung und Impfzeitpunkt:
<input type="checkbox"/> vorgeimpft mit	_____
<input type="checkbox"/> im Bestand geimpft mit	_____

Behandlung gegen:	Endoparasiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kryptosporidien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ektoparasiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kokzidien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> 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, Befunde Schlachthof):

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

Erregernachweis / Resistenztest (Befunde als Kopie)

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.