

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Schwein

unter 30kg über 30 kg (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

für VVVO-Nr. _____

| | | |
|---------------------------------|---------|---------------|
| Tierhalter, Name(n), Vorname(n) | | Firmenstempel |
| PLZ, Ort, Straße, Hausnummer | | |
| Telefon | Telefax | |

1. Angaben zum Betrieb

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Anschrift des Betriebsstandortes | | | | | |
| Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung | | | | | |
| Anzahl Stallplätze gesamt | | | | | |
| Weitere Nutzungsarten am Standort (inkl. Anzahl Stallplätze) | Rd. < 8 Mon. <input type="checkbox"/> | Milchvieh <input type="checkbox"/> | Schw. < 30kg <input type="checkbox"/> | Masthühner <input type="checkbox"/> | Legehennen <input type="checkbox"/> |
| | Rd. > 8 Mon. <input type="checkbox"/> | Sauen <input type="checkbox"/> | Schw. > 30kg <input type="checkbox"/> | Puten <input type="checkbox"/> | Sonstige: |

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: ____/____

Betriebliche Therapiehäufigkeit beträgt: _____

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgenden Tierarzt:

| Name | Anschrift | 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 Name, Anschrift: | | ggf. Anlage |

3. Angaben zur Tierhaltung

| |
|---|
| Art und Weise der Mast: <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Auslauf |
| Freilandhaltung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____ Sonstiges: _____ |
| Zukauf / Verkauf : <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____ |
| Alter und Gewicht bei Einstallung: _____ Mastdauer: _____ |
| Besatzdichte: _____ |
| Leerstandszeit (i. d. Regel): _____ |
| Ausstattung der Ställe (Einrichtung, Beschäftigungsmaterial, -objekte): |

4. Angaben zu Klimatechnik

Lüftungstechnik, Luftqualität (u.a. Ergebnisse zu Temperatur, Schadgasen etc.):

Heiztechnik, Klimasteuerung:

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

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

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

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Injektion Futter Wasser lokal

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ja nein

Risikomanagementplan vorhanden? ja nein

7. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV (z.B. Schutzkleidung, Hygieneschleuse, Quarantäne):

Interne Biosicherheit (z.B. Reinigung und Desinfektion, Schädlingsbekämpfung, Erfolgskontrolle):

Reinigung und Desinfektion der Futter- und Tränkeeinrichtungen:

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere (Krankenbucht, Anzahl):

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar: ja nein, weil:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges: _____

Anzahl verendeter und getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:

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

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

Vermutete Ursache für die Überschreitung der Kennzahl 2:

10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Datum:

Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

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

12. Zeitplan (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

Langfristige Maßnahme(n):

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes