**Maßnahmenplan nach § 57 TAMG für die Tierart Pute**

VVVO-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 der Ställe und Anzahl der StallplätzeStall 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plätze Stall 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PlätzeStall 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 VVVO-Nr.** | **Betreuungs-Vertrag** |
|  |  | [ ]  ja [ ]  nein |
| Weitere Tierärzte [ ]  nein [ ]  ja Name, Anschrift: |
| Weitere Berater: [ ]  nein [ ]  ja ggf. Anlage Name, Anschrift: |
| Integration: [ ]  nein [ ]  ja |

**3. Angaben zur Tierhaltung**

|  |
| --- |
| **Mastverfahren:** [ ]  **nur Aufzucht** [ ]  **nur Mast**  [ ]  **Aufzucht und Mast** [ ]  **nur Hennen** [ ]  **nur Hähne****Angaben zu Einstall- und Umstallrhythmus:**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Alter bei Einstallung:** \_\_\_\_ Tage  **Mastdauer Henne:**\_\_\_\_\_ Tage/Wochen **Hahn**: \_\_\_\_\_ Tage/Wochen**Gewicht bei Endausstallung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**kg / Henne** \_\_\_\_\_\_\_ **kg/ Hahn****QS-System-Teilnehmer:** [ ]  ja [ ]  nein **Bio-Siegel:** [ ]  (welches:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sonstiges:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Besatzdichte: kg / qm Teilnahme Gesundheitskontrollprogramm:** [ ]  ja [ ]  nein |
| **Leerstandszeit / Serviceperiode** (i. d. Regel)**:** |
| **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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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, Hennen und Hähne)**:** **1.\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_**  |
| **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** |

**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 den

**Landkreis Aurich, Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung**,

veterinaeramt@landkreis-aurich.de, Fischteichweg 7-13, 26603 Aurich**.**