

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG 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 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	Anschrift	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

Mastverfahren: <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	
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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____ Sonstiges: _____	
Besatzdichte: _____ kg / qm Teilnahme Gesundheitskontrollprogramm: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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):

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 (LAVES) 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 das
Niedersächsisches Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES)
Postfach 3949, 26029 Oldenburg

AB-Minimierung@LAVES.Niedersachsen.de