

Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr. 2 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 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			
Name, Anschrift:			ggf. Anlage
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: _____			

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: <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Verdauungsapparat <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> Erregernachweis / Resistenztest (Befunde ggf. als Kopie) <input type="checkbox"/> Sektion (Befunde ggf. als Kopie) <input type="checkbox"/> 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 das zuständige Veterinäramt.