

4. Beabsichtigte Maßnahmen:

Impfung , (Art, Zeitpunkt): _____

Klima/ Lüftungscheck (durch wen, wann?): _____

Fütterung überprüfen (durch wen, wann?): _____

Tränkwasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?): _____

Hygienekonzept, z.B. Schädnerbekämpfung, Reinigung, Desinfektion etc.: _____

Sonstige Maßnahmen: _____

Zeitraum für die Umsetzung der Maßnahmen: _____

Datum, Unterschrift Betriebsleiter: