Maßnahmenplan nach § 58 Abs.2 S.1 Nr.2 TAMG für die Tierart Rind

Milchkühe zugegangene Kälber bis 12 Monate

→ für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen

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 Ställe mit Stallbezeichnung	
Anzahl Stallplätze gesamt	Milchkühe auf dem Betrieb ☐ nein ☐ ja

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name	Anschrift	VVVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag
Tierarztpraxis Glandorf	Lohgerberstraße 3 49219 Glandorf	03 459 034 0032	☒ ja ☐ nein
Weitere Tierärzte ☒ nein ☐ ja Name, Anschrift:			
Weitere Berater: ☐ nein ☐ ja Name, Anschrift:			ggf. Anlage

3. Angaben zur Tierhaltung

Art und Weise der Mast: ☐ rein/raus ☐ abteilweise ☐ stallweise ☐ kontinuierlich ☐ mit Auslauf ☐ Freilandhaltung	
QS-System-Teilnehmer: ☐ ja ☐ nein Bio-Siegel: _____ Sonstiges: _____	
Zukauf / Verkauf : ☐ geschlossenes System ☐ Zukauf Anzahl Herkünfte: _____	
☐ Fresser-Aufzucht ☐ Fresser-Mast ☐ Milchmast ☐ Rose-Mast ☐ Bullenmast Alter bei Einstallung: _____ Wochen / Monate Mastdauer: _____ Wochen / Monate	
Besatzdichte:	m²/Tier
Leerstandszeit (i. d. Regel):	Tiere pro Bucht :

Haltungssystem:

- Betonspalten Holzspalten Holzspalten mit Kunststoff Tiefstreu
 Liegeboxen-Laufstall Anbinde-Haltung Weidegang Sonstiges _____

4. Angaben zu Klimatechnik**Lüftungs- und Heizungstechnik**

- Zwangslüftung Deckenlüftung Türganglüftung freie Lüftung
 Unterflurabsaugung _____ _____
 Heizkanone Konvektor Deltarohre _____ _____
Überprüfung am: _____ durch: _____

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung**Art der Fütterung** (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

- Milchaustauscher TMR Kraftfutter Heu Stroh Maissilage _____
 Eimer Trog Automat

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

- Injektion Futter Wasser Milchtränke
 Mischer / Vorbehälter Dosierer tiernah lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen)

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

Fütterungseinrichtungen: Reinigung Futterleitungen Reinigung Futtertröge

- routinemäßig nach Antibiotika-Gabe

Reinigung Futtersilo

Schädlingsbekämpfung: durch Fremdfirma selbst

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:

Krankenbucht nein

- ja, Anzahl _____
- mit Stroh sonstiges _____
- sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

- vorgeimpft mit _____
- im Bestand geimpft mit _____

Behandlung gegen: **Endoparasiten** ja nein **Ektoparasiten** ja nein

- sonstiges _____

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

- Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: _____

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)

11. 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.