

# 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierärzte <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift:			
Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift: <span style="float: right;">ggf. Anlage</span>			

## 3. Angaben zur Tierhaltung

<b>Art und Weise der Mast:</b> <input type="checkbox"/> rein/raus <input type="checkbox"/> abteilweise <input type="checkbox"/> stallweise <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> mit Auslauf <input type="checkbox"/> Freilandhaltung	
<b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> _____ <b>Sonstiges:</b> _____	
<b>Zukauf / Verkauf :</b> <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____	
<input type="checkbox"/> Fresser-Aufzucht <input type="checkbox"/> Fresser-Mast <input type="checkbox"/> Milchmast <input type="checkbox"/> Rose-Mast <input type="checkbox"/> Bullenmast <b>Alter bei Einstallung:</b> _____ Wochen / Monate <b>Mastdauer:</b> _____ Wochen / Monate	
<b>Besatzdichte:</b> _____ m <sup>2</sup> /Tier	<b>Tiere pro Bucht :</b> _____
<b>Leerstandszeit (i. d. Regel):</b> _____	

**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

<b>Maßnahmen</b> (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)	<b>Zeitraum der Umsetzung</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an das zuständige Veterinäramt.