

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
Tierarztpraxis Glandorf	Lohgerberstr. 3 49219 Glandorf	034590340032	☐ ja ☐ nein
Weitere Tierärzte ☐ nein ☐ ja Name, Anschrift: _____			
Weitere Berater: ☐ nein ☐ ja Name, Anschrift: _____ ggf. Anlage			
Integration: ☐ nein ☐ ja			

3. Angaben zur Tierhaltung

Mastverfahren: ☐ nur Aufzucht ☐ nur Mast ☐ Aufzucht und Mast ☐ nur Hennen ☐ 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: ☐ ja ☐ nein Bio-Siegel: ☐ (welches:) _____ Sonstiges: _____			

Besatzdichte:	kg / qm	Teilnahme Gesundheitskontrollprogramm: ☐ ja ☐ 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 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.