

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

Sauen Saugferkel Absatzferkel bis 30kg

Mastschweine über 30 kg → für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen

VVVO-Nr. _____

Kalenderhalbjahr _____ Therapiehäufigkeit _____

Tierhalter, Name(n), Vorname(n)			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:	Sauenhalter <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: ggf. Anlage			

3. Angaben zur Tierhaltung

Art und Weise der Mast: <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	
QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: _____ Sonstiges: _____	
Zukauf / Verkauf : <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____	
Alter und Gewicht bei Einstallung:	Mastdauer:
Besatzdichte: _____ m²/Tier	Tiere pro Bucht :
Leerstandszeit (i. d. Regel):	
Ausstattung der Ställe:	
Boden: <input type="checkbox"/> Vollspalten <input type="checkbox"/> Teilsपालten <input type="checkbox"/> Betonsपालten <input type="checkbox"/> Kunststoffspalten <input type="checkbox"/> Stroh <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Beschäftigungsmaterial: <input type="checkbox"/> Kette <input type="checkbox"/> Kette / Holz <input type="checkbox"/> Seil <input type="checkbox"/> Heu / Stroh	

Sonstiges: _____ Anzahl (pro Bucht) _____

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):

Breiautomat Trockenautomat Flüssigfütterung Sonstige _____

mehlförmig granuliert pelletiert

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

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 nach SchHaltHygV

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 Futtertröge

routinemäßig nach Antibiotika-Gabe

Reinigung Fattersilo

Schädlingsbekämpfung: durch Fremdfirma selbst

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:

- Krankenbucht nein
 ja, Anzahl _____
 mit Gummimatte mit Stroh sonstiges _____
 sonstige Absonderungsmöglichkeiten _____

8. Gesundheitsmanagement**Immunprophylaxe** (Impfschema):

- vorgeimpft beim Ferkelerzeuger 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.