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

Junghennen 🞏 Legehennen 🞏 Masthühner 🞏

VVVO-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kalenderhalbjahr \_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Betrieb, 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 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** |
|  |  | ja  nein |
| Weitere Tierärzte  nein  ja  Name, Anschrift: | | |
| Weitere Berater:  nein  ja ggf. Anlage  Name, Anschrift: | | |
| Integration:  nein  ja | | |

**3. Angaben zur Tierhaltung**

|  |
| --- |
| **Mastverfahren:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Mastdauer:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tage**  **Vorgriff**  ja  nein **Gewicht bei Endausstallung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg/ Tier  **QS-System-Teilnehmer:**  ja  nein **Bio-Siegel:**  (welches:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sonstiges:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Besatzdichte:** \_\_\_\_\_\_\_\_**kg / qm** |
| **Leerstandszeit / Serviceperiode** (i. d. Regel)**:** |
| **Art und Ausstattung der Ställe** (z.B. Einrichtung, Kaltscharrraum)**:**  Einstreu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**4. Angaben zur 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 |

**8. Gesundheitsmanagement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Immunprophylaxe** (Impfschema)**:**  Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Parasitenbekämpfung:** | |
| **Sonstiges:** | |

**9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:**

|  |
| --- |
| **Schwerpunkt(e) der Erkrankung:**  Atemwege  Verdauungsapparat  Bewegungsapparat  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Tierverluste für das Kalenderhalbjahr** (differenziert pro Durchgang)**:**  **1.\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_** |
| **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.