

# Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Huhn

für VVVO-Nr. \_\_\_\_\_

Tierhalter, Name(n), Vorname(n)		Firmenstempel
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		
Telefon	Telefax	

## 1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes					
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung					
Anzahl Stallplätze gesamt					
Weitere Nutzungsarten am Standort (inkl. Anzahl Stallplätze)	Rd. < 8 Mon. <input type="checkbox"/>	Milchvieh <input type="checkbox"/>	Schw. < 30kg <input type="checkbox"/>	Hühner <input type="checkbox"/>	Legehennen <input type="checkbox"/>
	Rd. > 8 Mon. <input type="checkbox"/>	Sauen <input type="checkbox"/>	Schw. > 30kg <input type="checkbox"/>	Puten <input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: \_\_\_/\_\_\_

Betriebliche Therapiehäufigkeit beträgt: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name	Anschrift	Betreuungs-Vertrag
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift:		
Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Anschrift:		ggf. Anlage
Integration: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

## 3. Angaben zur Tierhaltung

Mastverfahren: _____	Mastdauer: _____	Tage
Vorgriff <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht bei Endausstallung: _____ kg/ Tier	
QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:)	Sonstiges: _____
Besatzdichte:                    kg / qm		
Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel):		
Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung , Einstreu, Kaltscharrraum):		

#### 4. Angaben zur Klimatechnik

**Lüftungstechnik, Luftqualität** (u.a. Ergebnisse zu Temperatur, Schadgasen etc.):

**Heiztechnik, Klimatechnik:**

#### 5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

**Art der Fütterung** (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

**Wasserversorgung** (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):

#### 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** (z.B. Schutzkleidung, Hygieneschleuse):

**Interne Biosicherheit** (z.B. Reinigung und Desinfektion, Schädlingsbekämpfung, Erfolgskontrolle):

**Reinigung und Desinfektion der Futter- und Tränkeeinrichtungen:**

#### 8. Gesundheitsmanagement

**Immunprophylaxe** (Impfschema):

**Parasitenbekämpfung:**

**Sonstiges:**

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

Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar:  ja  nein, weil:

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, Diagnose, Behandlung):

Durchgeführte Diagnostik (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage):

Vermutete Ursache für die Überschreitung der Kennzahl 2:

## 10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Datum:

Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

## 11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

**Maßnahmen** (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen) **einschließlich Zeitraum der Umsetzung**

## 12. Zeitplan (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

**Langfristige Maßnahme(n):**

**Zeitraum der Umsetzung:**

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

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