**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 [ ]  nein [ ]  ja  |

**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. AnlageName, Anschrift: |

**3. Angaben zur Tierhaltung**

|  |
| --- |
| **Art und Weise der Mast:** [ ]  rein/raus [ ]  abteilweise [ ]  stallweise [ ]  kontinuierlich [ ]  mit Auslauf [ ]  Freilandhaltung**QS-System-Teilnehmer:** [ ]  ja [ ]  nein **Bio-Siegel:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sonstiges:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Zukauf / Verkauf** : [ ]  geschlossenes System [ ]  Zukauf Anzahl Herkünfte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Alter und Gewicht bei Einstallung: Mastdauer:**  |
| **Besatzdichte: m2/TierTiere pro Bucht:**  |
| **Leerstandszeit** (i. d. Regel)**:** |
| **Ausstattung der Ställe:****Boden:** [ ]  Vollspalten [ ]  Teilspalten [ ]  Betonspalten [ ]  Kunststoffspalten [ ]  Stroh  [ ]  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Beschäftigungsmaterial**: [ ]  Kette [ ]  Kette / Holz [ ]  Seil [ ]  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[ ]  pelletiertAnzahl 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 Futtersilo [ ]  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.