

Maßnahmenplan nach § 58 TAMG in Verb. m. §4 AntibAMVV für die Nutzungsart

 Masthühner

 Mastputen (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

für VVVO-Nr. _____

Halbjahr: _____

Betriebsbezeichnung, Name(n), Vorname(n) der verantwortlichen Person(en)			Firmenstempel (sofern vorhanden)
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer			
Telefon	Telefax	E-Mail	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes	Stallbezeichnung und/oder -nummer	Baujahr	Stallfläche	Stallplätze	Besatzdichte (kg/m ²)

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgende Tierarztpraxis:

Name	Anschrift	Betreuungs-Vertrag
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Bestandsbesuche der betreuenden Tierarztpraxis im Erfassungszeitraum:		
Weitere Tierarztpraxen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		
Weitere Berater/innen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		ggf.
Anlage		
Name, Anschrift:		

3. Angaben zur Tierhaltung

Programmteilnahme:

QS-System-Teilnehmer: nein ja Bio-Siegel: nein ja: _____Mängel im letzten QS-Audit: nein ja: _____Tierwohlteilnehmer: nein ja Sonstige Programme: _____

Tierbezug:

Integration: nein ja, welche: _____

Anzahl der Herkünfte: _____

Tierart Huhn:

Mastverfahren: Kurzmast Mittellangmast Schwer-/Langmast Mastdauer (Tage): _____

Weitere Angaben: _____

Vorgriff: nein ja mit Masttag _____ oder Gewicht (kg) _____

Gewicht bei Endausstallung (kg/Tier): ca. _____

Tierart Pute

Mastverfahren: nur Aufzucht: Hennen Hähne

nur Mast: Hennen Hähne

Aufzucht und Mast: Hennen Hähne

	Alter bei Einstallung (Tage):	Mastdauer (Wochen):	Ausstallgewicht (kg):
Hennen:			
Hähne:			

Einstall- und Umstallrhythmus:

18/19-Wochen-Rhythmus (Rotation) 8-Wochen-Rhythmus 13-Wochenrhythmus

22/23- Wochen-Rhythmus (Rein-Raus) Kurzmast

Weitere Angaben: _____

4. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Futterherkunft: Zukauf von Fertigfutter, Futterkomponenten: _____

Zufütterung von: _____

Eigenmischung, Futterkomponenten: _____

Wasserherkunft: eigener Brunnen öffentliches Netz

Durchflussrate bekannt (ml/min)? nein ja: _____

Wasserhygienisierung: nein

ja, mit Chlordioxid Ameisensäure Propionsäure

Sonstiges: _____

Liegen Befunde zur Wasserqualität vor? nein ja: _____

5. Art und Ausstattung der Ställe

Stall: _____

Haltungsart: konventionell geschlossener Stall Auslaufhaltung Offenstall Freiland

Sonstiges: _____

Einstreuart: _____ Einstreuzusatz: nein ja: _____

Kühlsystem: nein Sprühkühlung

Lüftungsart: Unterdruck Überdruck Gleichdruck Sonstiges: _____

Heiztechnik: Heizgeräte Fußbodenheizung Wandheizung Sonstiges: _____

Lüftungssteuerung: manuell computergesteuert Sonstiges: _____

Fütterungstechnik: Futterschale Trogfütterung Kettenfütterung Sonstiges: _____

Wasserleitungssystem: Stichleitung Ringleitung

Tränkesystem: Nippeltränke mit Tropfschale Rundtränken Sonstiges: _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Stall: _____

Haltungsart: konventionell geschlossener Stall Auslaufhaltung Offenstall Freiland

Sonstiges: _____

Einstreuart: _____ Einstreuzusatz: nein ja: _____

Kühlsystem: nein Sprühkühlung

Lüftungsart: Unterdruck Überdruck Gleichdruck Sonstiges: _____

Heiztechnik: Heizgeräte Fußbodenheizung Wandheizung Sonstiges: _____

Lüftungssteuerung: manuell computergesteuert Sonstiges: _____

Fütterungstechnik: Futterschale Trogfütterung Kettenfütterung Sonstiges: _____

Wasserleitungssystem: Stichleitung Ringleitung

Tränkesystem: Nippeltränke mit Tropfschale Rundtränken Sonstiges: _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Stall: _____

Haltungsart: konventionell geschlossener Stall Auslaufhaltung Offenstall Freiland

Sonstiges: _____

Einstreuart: _____ Einstreuzusatz: nein ja: _____

Kühlsystem: nein Sprühkühlung

Lüftungsart: Unterdruck Überdruck Gleichdruck Sonstiges: _____

Heiztechnik: Heizgeräte Fußbodenheizung Wandheizung Sonstiges: _____

Lüftungssteuerung: manuell computergesteuert Sonstiges: _____

Fütterungstechnik: Futterschale Trogfütterung Kettenfütterung Sonstiges: _____

Wasserleitungssystem: Stichleitung Ringleitung

Tränkesystem: Nippeltränke mit Tropfschale Rundtränken Sonstiges: _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Stall: _____

Haltungsart: konventionell geschlossener Stall Auslaufhaltung Offenstall Freiland

Sonstiges: _____

Einstreuart: _____ Einstreuzusatz: nein ja: _____

Kühlsystem: nein Sprühkühlung

Lüftungsart: Unterdruck Überdruck Gleichdruck Sonstiges: _____

Heiztechnik: Heizgeräte Fußbodenheizung Wandheizung Sonstiges: _____

Lüftungssteuerung: manuell computergesteuert Sonstiges: _____

Fütterungstechnik: Futterschale Trogfütterung Kettenfütterung Sonstiges: _____

Wasserleitungssystem: Stichleitung Ringleitung

Tränkesystem: Nippeltränke mit Tropfschale Rundtränken Sonstiges: _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Stall: _____

Haltungsart: konventionell geschlossener Stall Auslaufhaltung Offenstall Freiland

Sonstiges: _____

Einstreuart: _____ Einstreuzusatz: nein ja: _____

Kühlsystem: nein Sprühkühlung

Lüftungsart: Unterdruck Überdruck Gleichdruck Sonstiges: _____

Heiztechnik: Heizgeräte Fußbodenheizung Wandheizung Sonstiges: _____

Lüftungssteuerung: manuell computergesteuert Sonstiges: _____
 Fütterungstechnik: Futterschale Trogfütterung Kettenfütterung Sonstiges: _____
 Wasserleitungssystem: Stichleitung Ringleitung
 Tränkesystem: Nippeltränke mit Tropfschale Rundtränken Sonstiges: _____
 Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Wie beurteilen Sie die Luftqualität: gut verbesserungswürdig schlecht

Häufigkeit der Luftqualitätskontrolle? häufiger als täglich täglich wöchentlich monatlich
 nie andere Häufigkeit: _____

Weitere Angaben: _____

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Verabreichungsform: Wasser Sonstiges: _____

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ja nein

Risikomanagementplan vorhanden? ja nein

Spüleinrichtung vorhanden? ja nein

Welche Antibiotika werden im Sinne einer Metaphylaxe regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung)

Zeitpunkt: bei Aufstallung Mitte des Produktionsabschnitts bei Ausstallung

Indikation: _____

Präparat: _____

7. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes:

Wird ein **Besucherbuch** geführt? nein ja

Hygieneschleuse vorhanden? nein ja

Schutzkleidung vorhanden? nein für Betriebspersonal für betriebsfremdes Personal

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden? nein ja

Vorschriften zur **Händedesinfektion** vorhanden? nein ja

Weitere Angaben: _____

Interne Biosicherheit:

Stall/Abteile:

Reinigung: nein ja mit (Reinigungsmittel): _____

durch Betriebspersonal Fachfirma

Zeitpunkt/Häufigkeit: vor jeder Neubelegung Sonstiges: _____

Desinfektion: nein ja mit (Desinfektionsmittel): _____

durch Betriebspersonal Fachfirma

Zeitpunkt/Häufigkeit: vor jeder Neubelegung Sonstiges: _____

Wasserleitungen:

Reinigung: nein ja mit (Reinigungsmittel): _____

Zeitpunkt/Häufigkeit: nach Arzneimittelgabe Sonstiges: _____

Desinfektion: nein ja mit (Desinfektionsmittel): _____

Zeitpunkt/Häufigkeit: nach Arzneimittelgabe Sonstiges: _____

Fütterungseinrichtungen:

Reinigung Futterschalen: nein ja, Zeitpunkt/Häufigkeit: _____
 Desinfektion Futterschalen: nein ja, Zeitpunkt/Häufigkeit: _____
 Reinigung Futterleitungen: nein ja, Zeitpunkt/Häufigkeit: _____
 Reinigung Futtersilo: nein
 ja, Reinigungsart: abklopfen waschen Sonstiges: _____
 Zeitpunkt/Häufigkeit: _____

Erfolgskontrollproben zu den Reinigungs- & Desinfektionsmaßnahmen

nein ja, Abklatschproben nach IKB-Schema ja, Sonstiges: _____

Durchschnittliche Leerstandszeiten (Tage): _____

Regelmäßige Schädlingsbekämpfung: nein
 ja, durch Fachfirma Betriebspersonal

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfstoff, Impfzeitpunkt):

ND (Tag): _____ IB (Tag): _____ Gumboro (Tag): _____
 HE (Tag): _____ AI (Tag): _____ ART (Tag): _____ Clostridiose: _____
 weitere Impfungen: Impfstoff: _____ Impfzeitpunkt: _____
 Impfstoff: _____ Impfzeitpunkt: _____
 Impfstoff: _____ Impfzeitpunkt: _____

Weitere Angaben: _____

Parasitenbekämpfung: nein ja, gegen Kokzidien Sonstiges: _____

Verabreichung in Form von: Arzneimittel Futterzusatzstoff (Coccidiostatika)
 Zeitpunkt/Häufigkeit: _____

Weitere Angaben: _____

Tierbetreuung: grundsätzlich gleiche Person(en) wechselnd/Hilfskräfte

Anzahl Kontrollen pro Tag: _____

Stunden pro Tag zur direkten Tierbeobachtung: _____

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankungen im Kalenderhalbjahr:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Dottersack
 Sonstiges: _____

Anzahl der Durchgänge in dem Kalenderhalbjahr: _____

Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang in %):

Huhn: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Pute: 1. Hennen: _____ Hähne: _____ Gesamt: _____ 2. Hennen: _____ Hähne: _____ Gesamt: _____
 3. Hennen: _____ Hähne: _____ Gesamt: _____ 4. Hennen: _____ Hähne: _____ Gesamt: _____

Angaben zu Krankheitsgeschehen/Diagnostik:

Durchgang Nummer 1

Einstellung am: _____

Gesundheit der Zukaufstiere:

keine Beanstandung

gesundheitliche Probleme: _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____
 _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____
 _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____

Lagen Infektionen in der Elterntierherde vor? nein ja: _____

Impfungen im Herkunftsbetrieb? nein ja: _____

Antibiotika-Anwendungen:

Datum der Anwendung	Arzneimittel	Diagnose	Datum der Erkrankung	Erkrankungs-dauer (Tage)	Symptome	Tiere erkrankt (%)	Tiere verendet (%)

Weiterführende Diagnostik: nein ja → Ergebnisse zusätzlich als Anlage anfügen!

Anlage-Nr.	Gehört zur AB-Anwendung vom (Datum)	Untersuchungs-			Resistenztest
		-material	-methode	-ergebnis	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Angaben: _____

Durchgang Nummer 2

Einstellung am: _____

Gesundheit der Zukaufstiere:

keine Beanstandung

gesundheitliche Probleme: _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____
 _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____
 _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____

Lagen Infektionen in der Elterntierherde vor? nein ja: _____

Impfungen im Herkunftsbetrieb? nein ja: _____

Weiterführende Diagnostik: nein ja → Ergebnisse zusätzlich als Anlage anfügen!

Anlage-Nr.	Gehört zur AB-Anwendung vom (Datum)	Untersuchungs-			Resistenztest
		-material	-methode	-ergebnis	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Angaben: _____

Durchgang Nummer 4

Einstellung am: _____

Gesundheit der Zukaufstiere:

- keine Beanstandung
- gesundheitliche Probleme: _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____
 _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____
 _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____

Lagen Infektionen in der Elterntierherde vor? nein ja: _____

Impfungen im Herkunftsbetrieb? nein ja: _____

Antibiotika-Anwendungen:

Datum der Anwendung	Arzneimittel	Diagnose	Datum der Erkrankung	Erkrankungs-dauer (Tage)	Symptome	Tiere erkrankt (%)	Tiere verendete (%)

Weiterführende Diagnostik: nein ja → Ergebnisse zusätzlich als Anlage anfügen!

Anlage-Nr.	Gehört zur AB-Anwendung vom (Datum)	Untersuchungs-			Resistenztest
		-material	-methode	-ergebnis	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Angaben: _____

Durchgang Nummer 5

Einstellung am: _____

Gesundheit der Zukaufstiere:

keine Beanstandung

gesundheitliche Probleme: _____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____

_____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____

_____ Anteil der betroffenen Tiere (%): _____

Lagen Infektionen in der Elterntierherde vor? nein ja: _____

Impfungen im Herkunftsbetrieb? nein ja: _____

Antibiotika-Anwendungen:

Datum der Anwendung	Arzneimittel	Diagnose	Datum der Erkrankung	Erkrankungs-dauer (Tage)	Symptome	Tiere erkrankt (%)	Tiere verendet (%)

Weiterführende Diagnostik: nein ja → Ergebnisse zusätzlich als Anlage anfügen!

Anlage-Nr.	Gehört zur AB-Anwendung vom (Datum)	Untersuchungs-			Resistenztest
		-material	-methode	-ergebnis	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Angaben: _____

Vermutete weitere Ursachen für die Überschreitung der Kennzahl 2 (z.B. Begleitumstände):

Therapeutische Maßnahmen/Behandlung im Kalenderhalbjahr:

Beurteilung des Erfolgs der Maßnahmen im Kalenderhalbjahr:

10. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Datum:

Unterschrift Tierärztin/-arzt:

Hiermit stimme ich zu, dass die/der oben beratende Tierärztin/arzt und die zuständige Überwachungsbehörde (Landeslabor Schleswig-Holstein) Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen

11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Konkrete Maßnahmen im Betrieb	Umsetzung bis:
Impfung (Art, Zeitpunkt):	
Überprüfung/Änderung der Fütterung:	
Überprüfung/Änderung der Tränkewasserversorgung:	
Überprüfung/Änderung des Stallklimas:	
Hygienemaßnahmen überprüfen/ändern:	
Änderung des Tierbezugs:	
Sonstige Maßnahmen:	

Tierhalter/in: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Tierärztin/arzt: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Ort, Datum

Verantwortliche Person des Betriebes