

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

Mastpute

VVVO-Nr. _____

Kalenderhalbjahr _____ Therapiehäufigkeit _____

Betrieb, Name(n), Vorname(n)		verantwortliche Person
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Telefon	Telefax	E-Mail

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 erfolgen durch folgenden Tierarzt:

Name:	Anschrift:		
VVVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag	☐ ja	☐ nein
Weitere tierärztliche Betreuung:		☐ ja	☐ nein
Name:	Anschrift:		
Weitere Berater (ggf. Anlage):		☐ ja	☐ nein
Name:	Anschrift:		
Integration:		☐ ja	☐ nein

3. Angaben zur Tierhaltung

Mastverfahren:	☐ nur Aufzucht ☐ nur Mast ☐ Aufzucht und Mast	☐ Hennen ☐ Hennen ☐ Hennen	☐ Hähne ☐ Hähne ☐ Hähne
Mastdauer (Wochen): _____		Hennen	Hähne
Einstall- und Umstallrhythmus:			
☐ 6-8 Wochen-Rhythmus (reine Aufzucht)	☐ 13 Wochen-Rhythmus		
☐ 16-19-Wochen-Rhythmus (Mast voraufgezogener Jungputen)	☐ 18/19-Wochen-Rhythmus (Rotation)		
☐ 22/23-Wochen-Rhythmus (Rein-Raus)	☐ Kurzmast		
Herkunft:		Alter bei Einstellung: _____ Tage/Wochen	
Gewicht bei Endausstallung (kg/Tier): _____		Hennen	Hähne

QS-System-Teilnehmer:	☐ nein	☐ ja	Sonstiges: _____
Bio-Siegel:	☐ nein	☐ ja, welches:	_____
Tierwohlteilnahme:	☐ nein	☐ ja	Sonstige Programme: _____
Besatzdichte kg/m²: _____ Hennen _____ Hähne			
Leerstandszeit / Serviceperiode (i. d. Regel): _____			
Art und Ausstattung der Ställe (z.B. Einrichtung, Einstreu, Beleuchtung):			
☐ offener Stall (Louisiana)	☐ geschlossener Stall	☐ Wintergarten	
☐ Freilandhaltung	☐ Ökologische Erzeugung	Kaltscharrraum:	☐ ja ☐ nein
Beschäftigungsmaterial:	☐ Pickblöcke	☐ Strohballen	☐ Heuraufen/-körbe ☐ _____
Einstreuart: _____	Einstreuzusatz: ☐ nein ☐ ja, welcher: _____		
Reuter/Sitzstangen:	☐ ja	☐ nein	Erhöhte Ebenen: ☐ ja ☐ nein

4. Angaben zu Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):			
Lüftungsart:	☐ Unterdruck	☐ Überdruck	☐ Gleichdruck ☐ Schwerkraft
	☐ Sonstiges _____		
Kühlsysteme:	☐ nein	☐ Sprühkühlung	☐ Ventilatoren
Heiztechnik:	☐ Heizkanone	☐ Konvektor	☐ Gasstrahler ☐ Bodenheizung
	☐ Deckenstrahlplatten		

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):		
Futterherkunft:	☐ Fertigfutter	☐ Hofmischung ☐ Zufütterung von _____
Fütterungstechnik:	☐ Futterschale	☐ Phasenfütterung
	☐ Sonstiges _____	
Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____		
Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):		
☐ Brunnenwasser	☐ Stadtwasser	☐ letzte Wasseruntersuchung am: _____
Wasserleitungssystem:	☐ Stichleitung	☐ Ringleitung
Tränkesystem:	☐ Rundtränken	☐ Nippeltränken
Anzahl Tiere pro Tränke: _____		

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

☐ Wasser	☐ Sonstiges: _____
☐ Vorlaufbehälter	☐ Dosierer
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: _____	
Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden: ☐ nein ☐ ja, mit: _____	
Art und Umfang der internen Biosicherheit:	
Reinigung Stall:	☐ nein ☐ ja, mit (Reinigungsmittel) _____
	☐ durch Betriebspersonal ☐ Fachfirma
Desinfektion Stall:	☐ nein ☐ ja, mit (Desinfektionsmittel) _____
	☐ durch Betriebspersonal ☐ Fachfirma
Erfolgskontrolle:	☐ nein ☐ ja, Abklatschproben nach IKB Schema ☐ ja, sonstiges: _____
Wasserleitungen:	☐ Reinigung ☐ Desinfektion mit _____
	☐ nach Antibiotika-Gabe ☐ routinemäßig
Fütterungseinrichtungen:	☐ Reinigung Futterleitungen ☐ Reinigung Futterschalen
	☐ Reinigung Futtersilo
Schädlingsbekämpfung:	☐ Fachfirma ☐ durch Betriebspersonal (selbst)
	Dokumentation vorhanden ☐ nein ☐ ja
Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:	
Krankenabteil:	☐ nein ☐ ja, Anzahl _____

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema (Alter in Tagen)):			
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
Alter: _____	Impfstoff: _____	Alter: _____	Impfstoff: _____
Parasitenbekämpfung: ☐ nein ☐ ja, gegen _____			
Verabreichung in Form von: ☐ Arzneimittel ☐ Futterzusatzstoff (Coccidiostatika)			
Sonstiges: _____			

Tierbetreuung:

☐ grundsätzlich gleiche Person(en)

☐ wechselnd/Hilfskräfte

Sachkundenachweis:

Datum der letzten Aktualisierung: _____

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

☐ Atemwege

☐ Verdauungsapparat

☐ Bewegungsapparat

☐ Sonstiges: _____

Anzahl der Durchgänge in dem Kalenderhalbjahr: _____

Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

1. **Hennen:** _____ **Hähne:** _____ **Gesamt:** _____

2. **Hennen:** _____ **Hähne:** _____ **Gesamt:** _____

3. **Hennen:** _____ **Hähne:** _____ **Gesamt:** _____

4. **Hennen:** _____ **Hähne:** _____ **Gesamt:** _____

Angaben zu Krankheitsgeschehen (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung, häufigste Verwurfgründe):

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:

Unterschrift nicht vergessen!

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, Verbesserung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)

Zeitraum der Umsetzung

Unterschrift nicht vergessen!

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an die zuständige Behörde.