

Maßnahmenplan nach § 58 TAMG in Verb. m. §4 AntibAMVV für die Tierart Rind und die Nutzungsart zugegangene Kälber bis 12 Monate

für VVVO-Nr. _____

Halbjahr: _____

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

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes					
	Stall-Nr.	Stallbezeichnung	Stallfläche (m ²)	Stallplätze	Baujahr
Anzahl der Ställe für die Rinder mit Stallbezeichnungen <small>(Hinweis: Auch Einzelboxen und Iglus gelten als Ställe)</small>					

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

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

Name	Anschrift	Betreuungsvertrag
		<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

Tierbezug:

Zugang gruppenweise Zugang von Einzeltieren sonstiger Zugang: _____

Anlieferung der zugegangenen Kälber: durch Viehhandelsunternehmen Transport mit

betriebseigenem Fahrzeug sonstige Anlieferung: _____

Alter der zugegangenen Rinder bei Einstallung (Wochen): _____

Verbleib der zugegangenen Rinder im Betrieb (Monate): _____

Gibt es auf dem Betrieb zusätzlich eigene Nachzucht: ja nein

Produktionsart der zugegangenen Rinder: Fresseraufzucht Mastbullen Färsenmast

Rosekälber Jungrinderaufzucht Färsenaufzucht Pensionshaltung

Sonstiges: _____

Anzahl Herkunftsbetriebe insgesamt: _____

Impfungen im Herkunftsbetrieb: nein unbekannt

ja, gegen Rinder Grippe BVD-MD Rota/Corona Sonstiges: _____

4. Art und Ausstattung der Ställe, Futter- und Wasserversorgung

Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____

Haltungsart: Einzelbox/-iglu Gruppeniglu Tiefstreu Tretmist Liegeboxen Vollspalten

Sonstige: _____ Alter der Tiere in dieser Haltung von _____ bis _____

Gruppengröße: _____ Besatzdichte (m²/Tier): _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Lüftungstechnik: Offenstall Trauf-First Windnetze/Jalousien/Spaceboards

Fenster/Türen Ventilator Airtubes Sonstiges: _____

Fütterungstechnik in dieser Haltung: Vorlage per Hand Mischwagen

Tränkesystem: Eimertränke Nippeltränke Selbsttränke Schalentränke Tränkebecken

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung: nein ja, Häufigkeit: _____ Mistungsintervall: _____

Desinfektion: nein ja, Häufigkeit: _____

Leerstandszeit: _____

Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____

Haltungsart: Einzelbox/-iglu Gruppeniglu Tiefstreu Tretmist Liegeboxen Vollspalten

Sonstige: _____ Alter der Tiere in dieser Haltung von _____ bis _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Lüftungstechnik: Offenstall Trauf-First Windnetze/Jalousien/Spaceboards

Fenster/Türen Ventilator Airtubes Sonstiges: _____

Fütterungstechnik in dieser Haltung: Vorlage per Hand Mischwagen

Tränkesystem: Eimertränke Nippeltränke Selbsttränke Schalentränke Tränkebecken

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung: nein ja, Häufigkeit: _____ Mistungsintervall: _____

Desinfektion: nein ja, Häufigkeit: _____

Leerstandszeit: _____

Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____

Haltungsart: Einzelbox/-iglu Gruppeniglu Tiefstreu Tretmist Liegeboxen Vollspalten

Sonstige: _____ Alter der Tiere in dieser Haltung von _____ bis _____

Gruppengröße: _____ Besatzdichte (m²/Tier): _____

Anzahl Tiere pro Futterplatz _____ Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Lüftungstechnik: Offenstall Trauf-First Windnetze/Jalousien/Spaceboards

Fenster/Türen Ventilator Airtubes Sonstiges: _____

Fütterungstechnik in dieser Haltung: Vorlage per Hand Mischwagen

Tränkesystem: Eimertränke Nippeltränke Selbsttränke Schalenränke Tränkebecken

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung: nein ja, Häufigkeit: _____ Mistungsintervall: _____

Desinfektion: nein ja, Häufigkeit: _____

Leerstandszeit: _____

Wasserversorgung: eigener Brunnen öffentliches Netz

5. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes:

Schutzkleidung vorhanden: nein für Betriebspersonal für betriebsfremdes Personal

Hygieneschleuse vorhanden: nein ja

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden? nein ja

Besteht für zugewandene Rinder eine Quarantäne? nein ja, Dauer: _____

Weitere Angaben: _____

Interne Biosicherheit:

Erfolgt die Reinigung mit Hochdruckreiniger? nein ja

Verwendung von Desinfektionsmitteln: nein ja, folgende: _____

Werden Futter- und Tränkeeinrichtungen gereinigt und desinfiziert? nein ja

Häufigkeit und Umfang: _____

Existieren für kranke Tiere Absonderungsmöglichkeiten? nein ja

Weitere Angaben: _____

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Verabreichung: Injektion Wasser Futter Top-Dressing Futter vermischt Futter zentral

Milchtränke 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. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe: nein ja (Bitte Impfschema angeben)

Altersstufe	Impfstoff(e)	Alter der Tiere	Jahresverteilung	Turnus
Eigene Kälber			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
zugegangene Kälber			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig

Werden Ergänzungsfuttermittel verabreicht? nein ja: _____

Erfolgt eine Eisenversorgung? nein ja, per Injektion oral (Ergänzungsfuttermittel)

Erfolgt eine Vitaminversorgung? nein ja, per Injektion oral über Ergänzungsfuttermittel

Erfolgt eine Selenversorgung? nein ja, per Injektion oral über Ergänzungsfuttermittel

Parasitenbekämpfung: nein

gegen Endoparasiten, mit: _____

gegen Ektoparasiten, mit: _____

gegen Kryptosporidien, mit: _____

gegen Kokzidien, mit: _____

Weitere Angaben: _____

8. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Anzahl verendeter/getöteter Tiere im betroffenen Halbjahr: _____

Angaben zum Krankheitsgeschehen/Schwerpunkte der Erkrankung:

Atemwegserkrankung

Alter der betroffenen Tiere: _____ Antibiotika: _____

Anzahl der betroffenen Tiere: _____

Bewegungsapparat

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Alter der betroffenen Tiere: _____

Antibiotika: _____

Nabel

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Alter der betroffenen Tiere: _____

Antibiotika: _____

Verdauungsapparat

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Alter der betroffenen Tiere: _____

Antibiotika: _____

Sonstiges: _____

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Alter der betroffenen Tiere: _____

Antibiotika: _____

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

Weiterführende Diagnostik durchgeführt: nein ja (Ergebnisse als Anlage anfügen)

Untersuchungsergebnis/Erregernachweis: _____

Resistenztest: nein ja

Diagnose(n): _____

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

Therapeutische Maßnahmen/Behandlung im Kalenderhalbjahr:

Beurteilung des Erfolgs der Maßnahmen im Kalenderhalbjahr:

9. 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 Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.

10. 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