

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	E-Mail	

1. Angaben zum Betrieb

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

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

Programmteilnahme:

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

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: _____

Herkunftsland(/-länder): Deutschland, Bundesland(/-länder): _____
 Anderes Land: _____

Anzahl Herkunftsbetriebe insgesamt: _____

Max. Anzahl Herkunftsbetriebe pro Zugang: _____

Gesundheitszustand der zugegangenen Rinder: keine Beanstandungen
 untergewichtige Tiere (Anteil in %) _____
 verletzte Tiere (Anteil in %) _____
 Problemtiere (Anteil in %) _____

Impfungen im Herkunftsbetrieb: nein unbekannt
 ja, gegen Rindergrippe 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: _____

Luftqualität: gut verbesserungswürdig schlecht

Schadgase: keine schwach mäßig stark

Futterherkunft: Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)

Zugekaufte Futterkomponenten: _____

eigene Futtermittel (auch Vollmilch)

Eigene Futterkomponenten: _____

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: _____

Luftqualität: gut verbesserungswürdig schlecht

Schadgase: keine schwach mäßig stark

Futterherkunft: Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)

Zugekaufte Futterkomponenten: _____

eigene Futtermittel (auch Vollmilch)

Eigene Futterkomponenten: _____

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: _____

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: _____

Luftqualität: gut verbesserungswürdig schlecht

Schadgase: keine schwach mäßig stark

Futterherkunft: Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)

Zugekaufte Futterkomponenten: _____

eigene Futtermittel (auch Vollmilch)

Eigene Futterkomponenten: _____

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: _____

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

Haltungsart: Einzelbox/-iglu Gruppeniglu Tiefstreu Tretmist Liegeboxen Vollspalten

<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	Alter der Tiere in dieser Haltung von _____ bis _____
Gruppengröße: _____	Besatzdichte (m ² /Tier): _____
Anzahl Tiere pro Futterplatz _____	Anzahl Tiere pro Tränke: _____
Lüftungstechnik: <input type="checkbox"/> Offenstall	<input type="checkbox"/> Trauf-First <input type="checkbox"/> Windnetze/Jalousien/Spaceboards
<input type="checkbox"/> Fenster/Türen	<input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Airtubes <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Luftqualität: <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> verbesserungswürdig <input type="checkbox"/> schlecht
Schadgase: <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark
Futterherkunft: <input type="checkbox"/> Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)	
Zugekaufte Futterkomponenten: _____	
<input type="checkbox"/> eigene Futtermittel (auch Vollmilch)	
Eigene Futterkomponenten: _____	
Fütterungstechnik in dieser Haltung: <input type="checkbox"/> Vorlage per Hand	<input type="checkbox"/> Mischwagen
Tränkesystem: <input type="checkbox"/> Eimertränke <input type="checkbox"/> Nippeltränke <input type="checkbox"/> Selbsttränke	<input type="checkbox"/> Schalenränke <input type="checkbox"/> Tränkebecken
Stallbezogene Hygiene:	
Reinigung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____	Mistungsintervall: _____
Desinfektion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____	
Leerstandszeit: _____	
Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____	
Haltungsart: <input type="checkbox"/> Einzelbox/-iglu <input type="checkbox"/> Gruppeniglu <input type="checkbox"/> Tiefstreu <input type="checkbox"/> Tretmist <input type="checkbox"/> Liegeboxen <input type="checkbox"/> Vollspalten	
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	Alter der Tiere in dieser Haltung von _____ bis _____
Gruppengröße: _____	Besatzdichte (m ² /Tier): _____
Anzahl Tiere pro Futterplatz _____	Anzahl Tiere pro Tränke: _____
Lüftungstechnik: <input type="checkbox"/> Offenstall	<input type="checkbox"/> Trauf-First <input type="checkbox"/> Windnetze/Jalousien/Spaceboards
<input type="checkbox"/> Fenster/Türen	<input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Airtubes <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Luftqualität: <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> verbesserungswürdig <input type="checkbox"/> schlecht
Schadgase: <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark
Futterherkunft: <input type="checkbox"/> Zukauf von Fertigfutter (auch Milchaustauscher)	
Zugekaufte Futterkomponenten: _____	
<input type="checkbox"/> eigene Futtermittel (auch Vollmilch)	
Eigene Futterkomponenten: _____	
Fütterungstechnik in dieser Haltung: <input type="checkbox"/> Vorlage per Hand	<input type="checkbox"/> Mischwagen
Tränkesystem: <input type="checkbox"/> Eimertränke <input type="checkbox"/> Nippeltränke <input type="checkbox"/> Selbsttränke	<input type="checkbox"/> Schalenränke <input type="checkbox"/> Tränkebecken
Stallbezogene Hygiene:	
Reinigung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____	Mistungsintervall: _____
Desinfektion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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
Ist Zeit zum Austrocknen nach der Reinigung vorhanden? nein ja, Dauer: _____

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
zugewandene Kälber			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Jungrinder			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Färsen			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Kühe			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig

Nachimpfung durchgeführt: nein ja

Impfstoff - Nachimpfung	Zeit zwischen der ersten und der Wiederholungsimpfung (Tage)
-------------------------	--

--	--

Tierbetreuung: grundsätzlich gleiche Person(en) wechselnd/Hilfskräfte

Anzahl Kontrollen pro Tag: _____ **Stunden pro Tag zur direkten Tierbeobachtung:** _____

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:

Einschätzung des Krankheitsgeschehen:

Bestandsproblem: kein gering mittel höher hoch

Anzahl verendeter/getöteter Tiere im betroffenen Halbjahr: _____

Angaben zum Krankheitsgeschehen/Schwerpunkte der Erkrankung:

Atemwegserkrankung

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Dauer der Erkrankung: _____

Alter der betroffenen Tiere: von _____ bis _____

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Bewegungsapparat

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Dauer der Erkrankung: _____

Alter der betroffenen Tiere: von _____ bis _____

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Nabel

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Dauer der Erkrankung: _____

Alter der betroffenen Tiere: von _____ bis _____

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Verdauungsapparat

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Dauer der Erkrankung: _____

Alter der betroffenen Tiere: von _____ bis _____

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Sonstiges: _____

Anzahl der betroffenen Tiere: _____ Dauer der Erkrankung: _____

Alter der betroffenen Tiere: von _____ bis _____

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

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

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

Untersuchungsmaterial: _____

Untersuchungsmethode: _____

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 (Landeslabor Schleswig-Holstein) 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