

Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Schwein

unter 30kg über 30 kg (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)

für VVVO-Nr. _____

Tierhalter, Name(n), Vorname(n)		Firmenstempel
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		
Telefon	Telefax	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes	
Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung und Baujahr	
Anzahl Stallplätze gesamt	

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: ___/____ Betriebliche Therapiehäufigkeit beträgt: _____

Betriebliche Therapiehäufigkeit des vorhergehenden Kalenderhalbjahres beträgt: _____

Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im ausgewerteten Kalenderhalbjahr: _____

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgenden Tierarzt:

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

3. Angaben zur Tierhaltung

QS-System-Teilnehmer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bio-Siegel: <input type="checkbox"/> (welches:) _____ Sonstiges: _____
Tierbezug: <input type="checkbox"/> geschlossenes System <input type="checkbox"/> Zukauf Anzahl Herkünfte: _____ Impfungen im Herkunftsbetrieb: <input type="checkbox"/> M. hyo. <input type="checkbox"/> PCV-2 <input type="checkbox"/> PRRS <input type="checkbox"/> PIA <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> keine Impf. <input type="checkbox"/> weitere Impfungen: _____
Gesundheitszustand der bezogenen Tiere: <input type="checkbox"/> keine Beanstandungen <input type="checkbox"/> untergewichtige Tiere <input type="checkbox"/> verletzte Tiere <input type="checkbox"/> Problemtiere: _____

Art und Weise der Mast: kontinuierlich rein/raus: stallweise abt.weise

Freilandhaltung Haltung mit Auslauf Sonstige _____ \emptyset

Mastanfangsgewicht: _____ \emptyset Mastendgewicht: _____ \emptyset Mastdauer: _____

\emptyset Umtriebe je Mastplatz: _____ \emptyset Futterverwertung: 1 / _____ \emptyset Zunahme (g/Tag) _____

Phasenfütterung (wenn ja, welche): _____ ja nein

Besatzdichte und Gruppengröße in den einzelnen Stallabteilen:

Stallbezeichnung:	Gruppengrößen:	Besatzdichte (Tiere/m ²):	Anzahl Tiere pro Futterplatz / Tränke
_____	_____	_____	_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____
_____	_____	_____	_____/_____

Ausstattung der Ställe (Boden, Klimatechnik)

		<u>betroffener Stall (Stallbezeichnung)</u>
Boden:	<input type="checkbox"/> Teilspalten <input type="checkbox"/> Vollspalten <input type="checkbox"/> planbefestigt <input type="checkbox"/> Einstreu	_____ _____ _____ _____
Lüftungstechnik:	<input type="checkbox"/> Unterdruck <input type="checkbox"/> Überdruck <input type="checkbox"/> Sonst.	_____ _____ _____
Zuluft über:	<input type="checkbox"/> Decke <input type="checkbox"/> Wand <input type="checkbox"/> Dach <input type="checkbox"/> Sonst.	_____ _____ _____ _____
Abluft über:	<input type="checkbox"/> Einzelabsaugung <input type="checkbox"/> Zentralabsaugung <input type="checkbox"/> Oberflurabsaugung <input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung <input type="checkbox"/> Sonst.	_____ _____ _____ _____ _____

	<input type="checkbox"/> öffentliches Netz <input type="checkbox"/> Sticheleitung <input type="checkbox"/> Ringleitung <input type="checkbox"/> Nippeltränken <input type="checkbox"/> Zapfentränken <input type="checkbox"/> Tränkebecken <input type="checkbox"/> Sonst.	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--	--

Durchflußrate (ml/min):

Ansäuerung des Wassers ja nein

(z.B. mit Propion- oder Ameisensäure 0,5%)

Liegen Befunde zu Untersuchungen der Wasserqualität vor? ja nein

Wenn ja, welche: _____

5. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Injektion Futter* Wasser lokal

*Art der Einmischung: _____

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ja nein

Risikomanagementplan vorhanden? ja nein

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

6. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV:

Schutzkleidung vorhanden für:

Personal ja nein

Besucher ja nein

Hygieneschleuse vorhanden ja nein

Duschpflicht für Personal /Besucher ja nein

Sonstiges:

Interne Biosicherheit:

vor jeder Neubelegung Reinigung /Desinfektion der:

Lüftungskanäle ja nein

Heizungskanäle ja nein

Ventilationskanäle ja nein

Ablassen von altem Standwasser aus dem

Tränkesystem ja nein

Entstaubung der Abteile ja nein

Gülle ablassen: ja nein

Sonstiges:

regelmäßige Reinigung /Desinfektion der:

Häufigkeit

Tränkesysteme ja nein _____

Futtersilos ja nein _____

Fütterungsanlagen ja nein _____

Treibgänge ja nein _____

Waagen ja nein _____

Verladerampen ja nein _____

Arbeitsmittel /Tierbedarfsartikel ja nein _____

Schädlingsbekämpfung ja nein _____

Fliegenbekämpfung ja nein _____

Erfolgskontrollproben zu den Reinigungs- /Desinfektionsmaßnahmen ja nein

durchschnittliche Leerstandszeiten:

räumlich getrennte Krankenbuchten vorhanden ja nein

Wenn ja, für wieviel Prozent der Tiere? _____ %

7. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe:

Impfstoff / Impfschema (ggf. auf extra Zettel):

Parasitenbekämpfung: ja nein

Sonstiges:

8. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar: ja nein, weil:

Krankheitsgeschehen

Kein Bestandsproblem

Bestandsproblem geringer Intensität und Häufigkeit

Bestandsproblem mittlerer Intensität und Häufigkeit

Bestandsproblem höherer Intensität und Häufigkeit

Bestandsproblem hoher Intensität und Häufigkeit

Gewichtsausgeglichenheit: sehr gut gut gut - befriedigend

befriedigend ausreichend

Anzahl verendeter und getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Husten: ja nein % der Tiere:

Niesen: ja nein % der Tiere:

Durchfall: ja nein % der Tiere:

Meningitiden: ja nein % der Tiere:

Lahmheiten: ja nein % der Tiere:

Hautveränderungen: ja nein % der Tiere:

Ohrveränderungen: ja nein % der Tiere:

Schwanzbeißerei: ja nein % der Tiere:

Abszesse: ja nein % der Tiere:

Hernien: ja nein % der Tiere:

Sonstiges:

Angaben zu Krankheitsgeschehen

Zeitpunkt der Erkrankung (z.B. unmittelbar nach Aufstallung):

Dauer (z.B. gesamte Mastperiode):

Diagnose:

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

Weiterführende Diagnostik durchgeführt nein ja (Ergebnisse als Anlage anfügen)

- Untersuchungsmaterial:

- Untersuchungsmethode:

- Untersuchungsergebnis/Erregernachweis:

- Resistenztest ja nein

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:

Datum:

Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

Hiermit stimme ich zu, dass die oben beratende Tierärztin/ der oben beratende Tierarzt 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 (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen, Diagnostik) **einschließlich Zeitraum der Umsetzung**

- Impfung (Art, Zeitpunkt):

- Überprüfung/Änderung der Fütterung (Details):

- Überprüfung/Änderung der Tränkewasserversorgung (Details):

- Überprüfung/Änderung des Stallklima bzw. der -lüftung (Details):

- Hygienemaßnahmen überprüfen/ändern (Details):

- Änderung des Tierbezugs (Details):

- sonstige Maßnahmen (Details):

11. Zeitplan (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes