

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

Junghennen  Legehennen  Masthühner

VVVO-Nr. \_\_\_\_\_

Kalenderhalbjahr \_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit \_\_\_\_\_

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

## 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 erfolgt durch folgenden Tierarzt:

Name	Anschrift	VVVO-Nr.	Betreuungs-Vertrag
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierärzte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Name, Anschrift:			
Weitere Berater: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;">ggf. Anlage</span>			
Name, Anschrift:			
Integration: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

## 3. Angaben zur Tierhaltung

<b>Mastverfahren:</b> _____ <b>Mastdauer:</b> _____ <b>Tage</b>
<b>Vorgriff</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Gewicht bei Endausstallung:</b> _____ kg/ Tier
<b>QS-System-Teilnehmer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Bio-Siegel:</b> <input type="checkbox"/> (welches:) _____ <b>Sonstiges:</b> _____
<b>Besatzdichte:</b> _____ kg / qm
<b>Leerstandszeit / Serviceperiode</b> (i. d. Regel):
<b>Art und Ausstattung der Ställe</b> (z.B. Einrichtung, Kaltscharraum): Einstreu: _____

#### 4. Angaben zur Klimatechnik

Heizung und Lüftung (z.B. Technik, Qualität):

#### 5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

Anzahl Tiere pro Futterplatz: \_\_\_\_\_

Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):

Brunnenwasser  Stadtwasser  Wasseruntersuchung \_\_\_\_\_

Anzahl Tiere pro Tränke: \_\_\_\_\_ Art der Tränke \_\_\_\_\_

#### 6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Wasser  Sonstiges: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Art und Umfang der internen Biosicherheit:

Reinigung Stall  Desinfektion Stall \_\_\_\_\_

Wasserleitungen:  Reinigung  Desinfektion  routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe

Fütterungseinrichtungen:  Reinigung Futterleitungen  Reinigung Futterschalen

Reinigung Futtersilo

Schädlingsbekämpfung:  durch Fremdfirma  selbst

#### 8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Alter: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

## 9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

### Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege  Verdauungsapparat  Bewegungsapparat  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Tierverluste für das Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

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

### 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:

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

<b>Maßnahmen</b> (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen)	<b>Zeitraum der Umsetzung</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an  
Landkreis Rotenburg (Wümme)  
Veterinäramt  
Hopfengarten 2  
27356 Rotenburg (Wümme)  
E-Mail: [veterinaeramt.row@lk-row.de](mailto:veterinaeramt.row@lk-row.de)