

# Maßnahmenplan nach § 58 TAMG („Antibiotika-Minimierungsplan“)

## 1. Angaben zum Betrieb

Name:	VVVO-Nr.:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:
Tel.:	E-Mail:
Fax:	

Betreuender Tierarzt		
Name	Praxisanschrift	Betreuungsvertrag <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Beratungen beim Maßnahmenplan durch Tierarzt		<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierärzte		
Name	Praxisanschrift	Betreuungsvertrag <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein

Nutzungsart:	betriebliche halbjährliche Therapiehäufigkeit	
	ausgewertetes Kalenderhalbjahr	
	I 20__	II 20__
<input type="checkbox"/> Masthühner <input type="checkbox"/> Mastputen <input type="checkbox"/> Junghennen <input type="checkbox"/> Legehennen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ET Masthühner <input type="checkbox"/> ET Legehennen <input type="checkbox"/> ET Mastpute <input type="checkbox"/> ET .....		

### Allgemeine Angaben zu:

(Wenn die Geflügelhaltung aus mehreren Stalleinheiten besteht, stallspezifische Angaben ggf. als Anhang nennen.)

Angaben zum System des Zu- oder Verkaufs der Tiere
Hygienekonzept/Hygienekontrolle
Hygienekontrolle vor Einnistung durchgeführt: <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein Ergebnis der Hygienekontrolle: Weitere Ställe/Tierarten am Standort: Anmerkungen:

<input type="checkbox"/> Masthühner <input type="checkbox"/> Mastputen <input type="checkbox"/> Legehennen <input type="checkbox"/> ET Masthühner <input type="checkbox"/> ET Mastputen <input type="checkbox"/> ET Legehennen			
Fütterung		Tränkesystem Tränkwasserherkunft und -qualität	
Haltungsform		Tierplätze	
Art und Weise der Mast		Mastdauer	
Stallausstattung/-einrichtung			

Die antibiotische Behandlung erfolgt beim Geflügel stets oral. Bitte geben Sie die vorhandene Technik an (Dosierer/Vorlaufbehälter etc.):

## 2. Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2

Erkrankungen der Atemwege, (mögliche Ursachen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erkrankungen des Verdauungsapparates, (mögliche Ursachen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erkrankungen des Bewegungsapparates, (mögliche Ursachen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen / Gründe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehende Vorbeugeprogramme: (ggf. als Anlage) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige Diagnostik: (Befunde ggf. als Anlage)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Ergebnis der tierärztlichen Beratungen:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Tierarzt

**4. Maßnahmen**

Impfung (Art, Zeitpunkt): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Klima/Lüftungcheck (durch wen, wann): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fütterung überprüfen (durch wen, wann): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tränkwasser überprüfen (durch wen, wann): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hygienekonzept, z.B. Schädnerbekämpfung, Reinigung, Desinfektion etc.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sonstige Maßnahmen.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zeitraum für die Umsetzung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Betriebsleiter