

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

Nutzungsart zugewandene Kälber bis 12 Monate

| | |
|------------------|-----------|
| Name: | VVO-Nr.: |
| Straße, Hausnr.: | PLZ, Ort: |
| Tel., Fax: | E-Mail: |

1. Angaben zum Betrieb

Betreuender Tierarzt:

Betreuungsvertrag: nein ja

Weitere Tierärzte: nein ja

Allgemeine Angaben zu:

Fresser-Aufzucht Fresser-Mast Milchmast Rose-Mast Bullenmast

Alter bei Einstallung: _____ Wochen / Monate Mastdauer: _____ Wochen / Monate

Besatzdichte: _____ m²/Tier Tiere pro Bucht: _____ Leerstandzeit: _____

Art und Weise der Mast: rein/raus abteilweise stallweise kontinuierlich mit Auslauf Freilandhaltung

Zukauf / Verkauf: geschlossenes System Zukauf Anzahl Herkünfte: _____

Haltungssystem: Betonspalten Holzspalten Kunststoffspalten Tiefstreu

Klima: Offenstall Kaltstall Warmstall Sonstiges _____

Futtermittelsversorgung: MAT TMR Eimer Trog Automat Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____

Wasserversorgung: Brunnenwasser Stadtwasser Wasseruntersuchung Anzahl Tiere pro Tränke: _____

Biosicherheit: Art der Schutzkleidung _____ Art der Hygieneschleuse _____

Krankenbucht: ja nein

Behandlungen gegen Ektoparasiten Endoparasiten Sonstiges _____

Schädlingsbekämpfung: _____

2. Schwerpunkt der Erkrankung:

Euter Urogenitaltrakt Bewegungsapparat Atemwege Sonstiges _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: _____

Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: _____

Angaben zu Krankheitsgeschehen:

Weiterführende Diagnostik:

Erregernachweis / Resistenztest

Sektion

Sonstiges

Maßnahmenplan nach §58 TAMG, Betrieb:

3. Ergebnis der tierärztlichen Beratungen:

Datum, Unterschrift Tierarzt/Tierärztin

4. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

| Maßnahmen: | Zeitraum der Umsetzung |
|------------|------------------------|
| | |

Ort, Datum, Unterschrift Verantwortlicher des Betriebes