

Stand: 3/2015

**Maßnahmenplan nach § 58 d AMG („Antibiotika-Minimierungsplan“)****1. Angaben zum Betrieb**

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

Nutzungsart:	Schwein	Rind	Geflügel
	Mast unter 30 kg <input type="checkbox"/>	Mast unter 8 Mon. <input type="checkbox"/>	Masthühner <input type="checkbox"/>
	Mast über 30 kg <input type="checkbox"/>	Mast über 8 Mon. <input type="checkbox"/>	Mastputen <input type="checkbox"/>

Betreuender Tierarzt: \_\_\_\_\_

Ggf. Berater: \_\_\_\_\_

Ausgewertetes Halbjahr: \_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit: \_\_\_\_\_

Vorhergehendes Halbjahr:  TH < K1  
 TH > K1 < K2  
 TH > K2

**Allgemeine Angaben zu:**

System des Zu- und Verkaufs der Tiere: \_\_\_\_\_

Art der Mast (Rein/Raus, kontinuierlich): \_\_\_\_\_

Ø Mastdauer: \_\_\_\_\_

Besatzdichte: \_\_\_\_\_

Stallausstattung, Stalleinrichtung: \_\_\_\_\_

Fütterung: \_\_\_\_\_

Hygiene: \_\_\_\_\_

**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:

---

---

---

---

Bisherige Diagnostik:

---

---

---

---

**3. Ergebnis der tierärztlichen Beratungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum, Unterschrift der/des Tierärztin/Tierarztes

**4. Maßnahmen:**

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

\_\_\_\_\_

Klima/ Lüftungscheck ( durch wen, wann?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Tränkwasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Sonstige Maßnahmen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeitraum für die Umsetzung der Maßnahmen (wenn länger als 6 Monate): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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