|  |
| --- |
| **Name und Anschrift des Halters:** |
|  |
| **Anschrift des Betriebs (falls abweichend):** |
|  |
| **Angaben zum Betrieb** | **Art der Mast** **A Belegungsmanagement:** | *[ ]  Kontinuierlich (18-/19-Wochen-Rhythmus)* *[ ]  13-Wochen-Rhythmus*  | *[ ]  Rein-Raus (21-Wochen- Rhythmus)*  |
| **B Herkunft der** **zugekauften Tiere:**  | *[ ]  kein Zukauf* | *[ ]  ein Betrieb*  |
| *[ ]  mehrere Betriebe 🡪 Anzahl d. Betriebe:\_\_\_\_\_\_* |
| **Teilnahme am Gesundheitskontrollprogramm?** |
| *[ ]  ja* | *[ ]  nein* |
| **Haltungssystem:** |
| *[ ]  geschlossener Stall* | *[ ]  Offenstall* | *[ ]  Auslaufhaltung* |
| **Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:** |
|  |
| **Dauer der Leerstandszeit/Serviceperiode:** |
|  |
| **Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im Erfassungshalbjahr:** |
|  |
| **Maximale Besatzdichte im Erfassungshalbjahr (kg/m²):** |
|  |
| **Beschreibung der Ausstattung/Einrichtung des Stalls/der Stallabteile:** |
|  |
| **Fütterungssystem und verwendetes Futtermittel (z. B. hofeigenes Futter, Zukauf/Herkunft, Fütterungstechnik):** |
|  |
| **Angaben zum Betrieb** | **Wasserversorgung (Tränksystem, Herkunft des verwendeten Tränkwassers, Wasserqualität, Art der Tränken):** |
|  |
| **Tränke-/Futterplätze:** |
| *Anzahl Tiere pro Tränke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *Anzahl Tiere pro Fütterungsvorrichtung (Schale, Einzelfutterautomat):\_\_\_\_\_\_\_* |
| **Beschreibung der Hygienemaßnahmen (z. B. Hygieneschleusen, Reinigungspro-gramme, Desinfektion, Schädlingsbekämpfung von Stall, Stalleinrichtungen, Fütterungs- und Tränkeinrichtungen):** |
|  |
| **Stallspezifische Schutzkleidung:** |
| *[ ]  ja* | *[ ]  nein* |
| **Tierbetreuung:** |
| *[ ]  grundsätzlich die gleichen Personen* | *[ ]  wechselnde Personen/Hilfskräfte* |
| *Bei Urlaub /Krankheit:* |
| **Tierbeobachtung:** |
| *Anzahl Personenstunden pro Tag zur direkten Tierbeobachtung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **Angaben zum Verkauf der Tiere (z. B. Alter und Gewicht der Tiere, Anzahl der belieferten Schlachthöfe):** |
|  |
| **Name/Anschrift des betreuenden Tierarztes, ggf. weiterer Tierärzte:** |
|  |
| **Anzahl der Bestandsbesuche des Tierarztes im Erfassungshalbjahr:** |
|  |
|  | **Welche Antibiotika werden regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung)** |
|  |
| **Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika:** |
| *[ ]  Wasser* | *[ ]  Sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *[ ]  Dosiergerät* | *[ ]  Händisches Einmischen* |
| **Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?** |
| *[ ]  ja* | *[ ]  nein* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mögliche Gründe für die Überschreitung der Kennzahl 2/Angaben zur Tiergesundheit** | **Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2:** |
|  |
| **Angaben zum Krankheitsgeschehen – Anzahl und Alter betroffener Tiere:** |
|  |
| **Tierverluste (Anzahl):** |
| *Im Erfassungshalbjahr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *In vorhergehenden Halbjahren, falls abweichend:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **Angaben zum Krankheitsgeschehen – Beschreibung des Krankheitsbildes:** |
| *[ ]  Atemwege* | *[ ]  Verdauungsapparat* | *[ ]  Bewegungsapparat* |
| *[ ]  Sonstiges:* |
| **Diagnostikmaßnahmen und Laborbefunde/Resistenzteste:** |
|  |
| **Therapeutische Maßnahmen und deren Erfolg:**  |
|  |
| **Bestehende Prophylaxeprogramme (z. B. Impfungen):** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tierärztliche Beratung nach § 57 TAMG** | **Datum und Ergebnis der tierärztlichen Beratung/en nach § 57 TAMG:** |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum, Unterschrift der/des Tierärztin/Tierarztes |

|  |  |
| --- | --- |
| **Maßnahmen** | **Beabsichtigte Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes/****Verbesserung der Tiergesundheit (einschließlich Zeitraum der Umsetzung):** |
|  Impfung (Art, Zeitpunkt): Klima/Lüftungscheck (durch wen, wann?): Fütterung überprüfen (durch wen, wann?): Tränkewasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?): |
| **Maßnahmen** |  Hygienekonzept, z. B. Schadnagerbekämpfung, Reinigung, Desinfektion etc. (durch wen, wann?): Sonstige Maßnahmen (was, wann?): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zeitplan** | **Zeitplan zur Umsetzung der Maßnahmen, wenn dafür länger als 6 Monate erforderlich sind:** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum, Unterschrift Betriebsleiter