

Maßnahmenplan – Mastschweine > 30 kg

Betriebsnummer:

Für Halbjahr:

Therapiehäufigkeit (TH)

vorhergehendes Halbjahr:

TH < K1 TH > K1 < K2

TH > K2

Name und Anschrift der Tierhalterin oder des Tierhalters:

Anschrift des Betriebs (falls abweichend):

Art der Mast

Belegungsmanagement:

Kontinuierlich

Rein-Raus-Prinzip, falls ja:

stallweise oder abteilweise

Herkunft der Tiere:

Zukauf

kein Zukauf (geschlossenes System)

ein Betrieb

mehrere Betriebe → Anzahl d. Betriebe: _____

Haltungssystem:

Stallhaltung

Freilandhaltung (Weide/Acker)

Kombihaltung mit Auslauf

Außenklimastall mit Auslauf

Außenklimastall ohne Auslauf

Sonstiges: _____

Boden:

Vollspalten

Teilspalten mit Einstreu

Teilspalten ohne Einstreu

Metallgitter/Drahtgeflecht

Tiefstreu

Sonstiges:

Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:

Dauer der Leerstandszeit:

Durchschnittlich gehaltene Anzahl an Mastschweinen im Erfassungshalbjahr:

Maximale Besatzdichte im Erfassungshalbjahr (m²/Tier):

Beschreibung der Ausstattung/Einrichtung des Stalls/der Stallabteile:

Angaben zum Betrieb

Angaben zum Betrieb

Fütterungssystem und verwendetes Futtermittel (z. B. hofeigenes Futter, Zukauf/Herkunft, Fütterungstechnik, Fütterungsintervall):

Wasserversorgung (Tränksystem, Herkunft des verwendeten Tränkwassers, Wasserqualität, Art der Tränken):

Tränke-/Futterplätze:

Anzahl Tiere pro Tränke: _____ Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____

Beschreibung der Hygienemaßnahmen (z. B. Hygieneschleusen, Reinigungsprogramme, Krankenbuchten, 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: _____

**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?):

Hygienekonzept, z. B. Schädnerbekämpfung, Reinigung, Desinfektion etc. (durch wen, wann?):

Sonstige Maßnahmen (was, wann?):

Maßnahmen

Zeitplan zur Umsetzung der Maßnahmen, wenn dafür mehr als 6 Monate erforderlich sind:

Zeitplan

Datum, Unterschrift Betriebsleiterin/Betriebsleiter

Hinweis: Die Verwendung des vorliegenden Formulars erfolgt freiwillig. Der Maßnahmenplan muss die Inhalte gemäß § 4 Antibiotika-Arzneimittel-Verwendungsverordnung enthalten. Er ist dem zuständigen Veterinäramt schriftlich oder elektronisch für ein erstes Erfassungshalbjahr bis zum 1. Oktober und für ein zweites Erfassungshalbjahr bis zum 1. April des Folgejahres zu übermitteln.