

Maßnahmenplan nach § 58 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 TAMG für die Nutzungsart Pute („Antibiotika-Minimierungsplan“)

1. Angaben zum Betrieb

Ausgewertetes Kalenderhalbjahr: _____ Therapiehäufigkeit (TH): _____

TH vorhergehendes Kalenderhalbjahr TH < K1 TH > K1 < K2 TH > K2

Name und Anschrift der tierhaltenden Person	Anschrift des Betriebs (falls abweichend)
VVVO-Nr.:	
Telefon	E-Mail
Betreuende Tierarztpraxis:	
Weitere Tierarztpraxis bzw. Berater*in, sofern vorhanden:	

2. Angaben zur Tierhaltung

Mastverfahren: <input type="checkbox"/> nur Aufzucht <input type="checkbox"/> nur Mast <input type="checkbox"/> Aufzucht und Mast <input type="checkbox"/> nur Hennen <input type="checkbox"/> nur Hähne
Angaben zu Einstall- und Umstallrhythmus: Alter bei Einstallung: _____ Tage Mastdauer Henne: _____ Tage/Wochen Hahn: _____ Tage/Wochen Gewicht bei Endausstallung: _____ kg / Henne _____ kg/ Hahn
Haltungssystem: <input type="checkbox"/> geschlossener Stall <input type="checkbox"/> Offenstall <input type="checkbox"/> Auslaufhaltung
Herkunft der zugekauften Tiere: <input type="checkbox"/> kein Zukauf <input type="checkbox"/> ein Betrieb <input type="checkbox"/> mehrere Betriebe → Anzahl der Betriebe: _____
Dauer der Leerstandszeit / Serviceperiode (in der Regel): _____
Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im Kalenderhalbjahr: _____
Max. Besatzdichte im Kalenderhalbjahr (kg/m²): _____
Beschreibung der Ausstattung/Einrichtung des Stalls / der Stallabteile:

Beschreibung der Heizungs- und Lüftungstechnik:
Fütterungssystem und verwendetes Futtermittel (z. B. hofeigenes Futter, Zukauf / Herkunft, Fütterungstechnik, Anteil Rohfaser):
Anzahl Tiere pro Futterplatz: _____
Wasserversorgung (z. B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):
<input type="checkbox"/> Brunnenwasser <input type="checkbox"/> Stadtwasser <input type="checkbox"/> Wasseruntersuchung _____
Anzahl Tiere pro Tränke: _____ Art der Tränke: _____
Angaben zur Hygiene
Stallspezifische Schutzkleidung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tierbetreuung: <input type="checkbox"/> grundsätzlich die gleichen Personen <input type="checkbox"/> wechselnde Personen/Hilfskräfte
Hygieneschleusen: <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Art und Umfang der internen Biosicherheit: <input type="checkbox"/> Reinigung Stall <input type="checkbox"/> Desinfektion Stall
Wasserleitungen: <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Desinfektion <input type="checkbox"/> routinemäßig <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe
Fütterungseinrichtungen: <input type="checkbox"/> Reinigung Futterleitungen <input type="checkbox"/> Reinigung Futterschalen
<input type="checkbox"/> Reinigung Futtersilo
<input type="checkbox"/> routinemäßig <input type="checkbox"/> nach Antibiotika-Gabe
Schädlingsbekämpfung: <input type="checkbox"/> in Eigenregie <input type="checkbox"/> durch Fremdfirma
Sonstiges:

3. Anwendung von Antibiotika

Welche Antibiotika werden im Sinne einer Metaphylaxe regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung)
Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika
Verabreichung über: <input type="checkbox"/> Tränkwasser <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Zudosierung mittels: <input type="checkbox"/> Dosiergerät <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Gründe für die Überschreitung der Kennzahl 2 und Angaben zur Tiergesundheit

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges _____

Angaben zum Krankheitsgeschehen (z. B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, Behandlung):

Tierverluste (Anzahl)

Im Kalenderhalbjahr (differenziert pro Durchgang):

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Diagnostikmaßnahmen und Laborbefunde/Resistenzteste:

Therapeutische Maßnahmen und deren Erfolg:

Bestehende Prophylaxeprogramme (z. B. Impfungen)

5. Angaben zur tierärztlichen Beratung

Ergebnis der Beratung:

Datum, Unterschrift der Tierärztin / des Tierarztes

6. Beabsichtigte Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes

Impfung (Art und 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?):

Zeitraum für die Umsetzung der Maßnahmen (Ergänzung um Zeitplan, sofern mehr als 6 Monate erforderlich sind):

Datum, Unterschrift der Betriebsleitung