

Maßnahmenplan

§ 58 Abs. 2 Nr. 2 Tierarzneimittelgesetz (TAMG) i. V. m. § 4 Verordnung über die Verwendung antibiotisch wirksamer Arzneimittel

1. Betrieb:		
Registriernummer nach VVVO:	*Firmenstempel:	
Tierhalter/in: Name, Vorname		
PLZ, Ort:		
Straße, Hausnummer:		
Telefon:	*Telefax:	*E-Mail:

2. Nutzungsart:		
Schwein	Rind	Geflügel
Saugferkel <input type="checkbox"/>	zugekaufte Kälber bis 12 Monate <input type="checkbox"/>	Masthühner <input type="checkbox"/>
abgesetzte Ferkel bis 30 kg <input type="checkbox"/>	Milchrinder <input type="checkbox"/>	Legehennen <input type="checkbox"/>
Mast über 30 kg <input type="checkbox"/>		Hühneraufzucht <input type="checkbox"/>
Zucht <input type="checkbox"/>		Mastputen <input type="checkbox"/>

3. *Halbjährliche betriebliche Therapiehäufigkeit:	
Ausgewertetes Kalenderhalbjahr:	<input type="checkbox"/> I / _____ <input type="checkbox"/> II / _____
Betriebliche Therapiehäufigkeit:	
Betriebliche Therapiehäufigkeit vorhergehendes Kalenderhalbjahr:	<input type="checkbox"/> TH unterhalb K1 <input type="checkbox"/> TH oberhalb K1 <input type="checkbox"/> TH oberhalb K2

4. Betreuende Tierärzte/innen:		
Beratungen beim Maßnahmenplan durch Tierärztin/Tierarzt:		
Name, Vorname:	Praxisanschrift:	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkungen:
Weitere Tierärzte/innen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Name, Vorname:	Praxisanschrift:	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkungen:
*Weitere Berater/innen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Name, Vorname:	Anschrift:	Anmerkungen:

5. Angaben zum Betrieb:
System des Zu- oder Verkaufs der Tiere:

*freiwillige Angaben

Art und Weise der Mast/des Melkens:
Mastdauer:
Besatzdichte:
Stallausstattung, Stalleinrichtung:
Hygienemaßnahmen:
Fütterung:
Wasserversorgung:
Art und Weise der Verabreichung von Arzneimitteln, die antibakteriell wirksame Stoffe enthalten:

6. Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2:
*Betriebliche Therapiehäufigkeit ist nachvollziehbar: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil:
Angaben zum Krankheitsgeschehen (ggf. Anlage Nr. ____):

*freiwillige Angaben

Durchgeführte Diagnostik, inkl. Befunde (ggf. Anlage Nr. ____):
Anzahl verendeter oder getöteter Tiere (ggf. Anlage Nr. ____):
Bestehende Prophylaxeprogramme (ggf. Anlage Nr. ____):
Vermutete Ursachen für die Überschreitung der Kennzahl 2 (ggf. Anlage Nr. ____):

7. Tierärztliche Beratung:
Ergebnis der Beratung (ggf. Anlage Nr. ____):
Datum: _____ Unterschrift Tierärztin/Tierarzt: _____

8. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes:
Maßnahmen (ggf. Anlage Nr. ____):

*freiwillige Angaben

9. Zeitplan, sofern die Umsetzung länger als 6 Monate dauert:

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Verantwortliche/r des Betriebs

Hinweis:

Der Maßnahmenplan ist dem zuständigen Veterinäramt schriftlich oder elektronisch zu übermitteln.

Frist:	Erstes Kalenderhalbjahr (Januar – Juni):	01.10. des Jahres
	Zweites Kalenderhalbjahr (Juli – Dezember):	01.04. des nachfolgenden Jahres

Anlagen:

Maßnahmenplan nach § 58 Abs. 2 Nr. 2 TAMG - Erläuterungen für die Tierart Rind

Maßnahmenplan nach § 58 Abs. 2 Nr. 2 TAMG - Erläuterungen für die Tierart Schwein

Maßnahmenplan nach § 58 Abs. 2 Nr. 2 TAMG - Erläuterungen für Hühner und Puten

*freiwillige Angaben