**Maßnahmenplan nach § 58 d AMG für die Tierart Schwein**

**unter 30kg**  **über 30 kg (für jede Nutzungsart bitte einen Plan ausfüllen)**

## VVVO-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Kalenderhalbjahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Therapiehäufigkeit \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tierhalter, Name(n), Vorname(n) | | | verantwortliche Person |
| PLZ, Ort, Straße, Hausnummer | | | PLZ, Ort, Straße, Hausnummer |
| Telefon | Telefax | E-Mail | Telefon |

**1. Angaben zum Betrieb**

|  |  |
| --- | --- |
| Anschrift des Betriebsstandortes |  |
| Anzahl Ställe mit Stallbezeichnung |  |
| Anzahl Stallplätze gesamt: Sauenhalter  nein  ja | |

**2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung**

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgenden Tierarzt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Anschrift VVVO-Nr.** | **Betreuungs-Vertrag** |
|  |  | ja  nein |
| Weitere Tierärzte  nein  ja  Name, Anschrift: | | |
| Weitere Berater:  nein  ja ggf. Anlage  Name, Anschrift: | | |

**3. Angaben zur Tierhaltung**

|  |
| --- |
| **Art und Weise der Mast:**  rein/raus  abteilweise  stallweise  kontinuierlich  mit Auslauf  Freilandhaltung  **QS-System-Teilnehmer:**  ja  nein **Bio-Siegel:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sonstiges:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Zukauf / Verkauf** :  geschlossenes System  Zukauf Anzahl Herkünfte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Alter und Gewicht bei Einstallung: Mastdauer:** |
| **Besatzdichte: m2/TierTiere pro Bucht:** |
| **Leerstandszeit** (i. d. Regel)**:** |
| **Ausstattung der Ställe:**  **Boden:**  Vollspalten  Teilspalten  Betonspalten  Kunststoffspalten  Stroh  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Beschäftigungsmaterial**:  Kette  Kette / Holz  Seil  Heu / Stroh  **Sonstiges**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Anzahl** (pro Bucht)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**4. Angaben zu Klimatechnik**

|  |
| --- |
| **Lüftungs- und Heizungstechnik:**  Zwangslüftung  Deckenlüftung  Türganglüftung  freie Lüftung  Unterflurabsaugung  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Heizkanone  Konvektor  Deltarohre  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Überprüfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung**

|  |
| --- |
| **Art der Fütterung** (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft)**:**  Breiautomat Trockenautomat Flüssigfütterung Sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  mehlförmig granuliert pelletiert  Anzahl Tiere pro Futterplatz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Wasserversorgung** (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung)**:**  Brunnenwasser  Stadtwasser  Wasseruntersuchung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anzahl Tiere pro Tränke: \_\_\_\_\_\_\_\_ Art der Tränke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika**

|  |
| --- |
| Injektion  Futter  Wasser  Mischer / Vorbehälter  Dosierer  tiernah  lokal (z.B. Spray f. Haut / Klauen) |
| **Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?**  **ja**  **nein**  **Risikomanagementplan vorhanden?**  **ja**  **nein** |

**7. Angaben zur Hygiene**

|  |
| --- |
| **Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV**  Art der Schutzkleidung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Art der Hygieneschleuse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Art und Umfang der internen Biosicherheit:**  Reinigung Stall Desinfektion Stall  **Wasserleitungen**:  Reinigung  Desinfektion  routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe  **Fütterungseinrichtungen**:  Reinigung Futterleitungen Reinigung Futtertröge  routinemäßig  nach Antibiotika-Gabe  Reinigung Futtersilo  Schädlingsbekämpfung:  durch Fremdfirma  selbst |
| **Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere:**  Krankenbucht  nein  ja, Anzahl \_\_\_\_\_  mit Gummimatte  mit Stroh  sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  sonstige Absonderungsmöglichkeiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**8. Gesundheitsmanagement**

|  |
| --- |
| **Immunprophylaxe** (Impfschema)**:**  vorgeimpft beim Ferkelerzeuger mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  im Bestand geimpft mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Behandlung gegen: Endoparasiten**  ja  nein **Ektoparasiten**  ja  nein  sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:**

|  |
| --- |
| **Schwerpunkt(e) der Erkrankung:**  Atemwege  Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Halbjahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Angaben zu Krankheitsgeschehen** (z.B. Zeitpunkt, Dauer, Anzahl erkrankte Tiere, klinische Diagnose, Behandlung)**:** |
| **Weiterführende Diagnostik** (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage)**:**  **Erregernachweis / Resistenztest** (Befunde ggf. als Kopie)  **Sektion** (Befunde ggf. als Kopie)  **Sonstiges** |

**10. Angaben zur tierärztlichen Beratung**

|  |
| --- |
| **Ergebnis der Beratung:** |
| **Datum: Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:** |

Hiermit stimme ich zu, dass die oben beratende Tierärztin/ der oben beratende Tierarzt und die zuständige Überwachungsbehörde (LAVES) Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen. (bitte streichen, falls nicht gewünscht)

**11. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Maßnahmen** (z.B.: Impfung, Optimierung Futter / Wasser / Stallklima, Hygienemaßnahmen) | **Zeitraum der Umsetzung** |
|  |  |

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

Ort, Datum Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist postalisch oder via Email zu übersenden an das

**Niedersächsisches Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES)**

Postfach 3949, 26029 Oldenburg

[AB-Minimierung@LAVES.Niedersachsen.de](mailto:AB-Minimierung@LAVES.Niedersachsen.de)