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

**1. Angaben zum Betrieb**

## **[ ]**  Junghennen **[ ]**  Legehennen **[ ]**  Masthühner

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**

|  |
| --- |
| **Haltungssystem:** [ ]  geschlossener Stall [ ]  Offenstall [ ]  Auslaufhaltung |
| **Herkunft der zugekauften Tiere:** [ ]  kein Zukauf [ ]  ein Betrieb [ ]  mehrere Betriebe Anzahl der Betriebe:\_\_\_ |
| **Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:**[ ]  Langmast (38-42 Tage) [ ]  Mittellangmast (32-35 Tage) [ ]  Kurzmast (28-30 Tage) |
| **Vorgreifen:** [ ]  ja [ ]  nein |
| **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:** |
| **Fütterungssytem 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):**[ ]  Brunnenwasser [ ]  Stadtwasser [ ]  Wasseruntersuchung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anzahl Tiere pro Tränke: \_\_\_\_\_\_\_\_ Art der Tränke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Angaben zur Hygiene**Stallspezifische Schutzkleidung: [ ]  ja [ ]  neinTierbetreuung: [ ]  grundsätzlich die gleichen Personen [ ]  wechselnde Personen/HilfskräfteHygieneschleusen: [ ]  vorhanden [ ]  nicht vorhandenArt und Umfang der internen Biosicherheit: [ ]  Reinigung Stall [ ]  Desinfektion StallWasserleitungen: [ ]  Reinigung [ ]  Desinfektion [ ]  routinemäßig [ ]  nach Antibiotika-GabeFütterungseinrichtungen: [ ]  Reinigung Futterleitungen [ ]  Reinigung Futterschalen  [ ]  Reinigung Futtersilo [ ]  routinemäßig [ ]  nach Antibiotika-GabeSchädlingsbekämpfung: [ ]  in Eigenregie [ ]  durch FremdfirmaSonstiges: |

**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: [ ]  Tränkwasser [ ]  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zudosierung mittels: [ ]  Dosiergerät [ ]  Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?** [ ]  ja [ ]  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.\_\_\_\_\_ 5.\_\_\_\_\_ |
| **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. Schadnagerbekämpfung, 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