

4. Angaben zu Klimatechnik

Lüftungstechnik, Luftqualität (u.a. Ergebnisse zu Temperatur, Schadgasen etc.):

Heiztechnik, Klimasteuerung:

5. Angaben zu Futter- und Wasserversorgung

Art der Fütterung (z.B. Technik, Lagerung, Herkunft):

Wasserversorgung (z.B. Art und Anzahl der Tränke, Wasserqualität, Untersuchung):

6. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Injektion Futter Wasser lokal

Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt? ja nein

Risikomanagementplan vorhanden? ja nein

7. Angaben zur Hygiene

Externe Biosicherheit des Betriebes nach SchHaltHygV (z.B. Schutzkleidung, Hygieneschleuse, Quarantäne):

Interne Biosicherheit (z.B. Reinigung und Desinfektion, Schädlingsbekämpfung, Erfolgskontrolle):

Reinigung und Desinfektion der Futter- und Tränkeeinrichtungen:

Absonderungsmöglichkeit für kranke Tiere (Krankenbucht, Anzahl):

8. Gesundheitsmanagement

Immunprophylaxe (Impfschema):

Parasitenbekämpfung:

Sonstiges:

9. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Therapiehäufigkeit des Betriebes ist nachvollziehbar: ja nein, weil:

Schwerpunkt(e) der Erkrankung:

Atemwege Verdauungsapparat Bewegungsapparat Sonstiges: _____

Anzahl verendeter und getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:

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

Durchgeführte Diagnostik (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage):

Vermutete Ursache für die Überschreitung der Kennzahl 2:

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) **einschließlich Zeitraum der Umsetzung**

12. Zeitplan (wenn Umsetzung der Maßnahmen länger als 6 Monate dauert) :

Langfristige Maßnahme(n):

Zeitraum der Umsetzung:

Ort, Datum

Angehöriger / Verantwortlicher des Betriebes

Der Maßnahmenplan ist zu übersenden an das
Niedersächsisches Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES)
Postfach 3949, 26029 Oldenburg
Fax: 0441/57026-179
AB-Minimierung@LAVES.Niedersachsen.de

Stand: 01.07.2015