|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name und Anschrift des Halters:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Anschrift des Betriebs (falls abweichend):** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zum Betrieb** | **Nutzungsart:** | | | *Kälbermast (≤ 8 Monate)* | | | | | | *Rindermast (> 8 Monate)* | |
| **Art der Mast**  **A Belegungsmanagement:** | | | *Kontinuierlich* | | | *Rein-Raus-Prinzip, falls ja:* | | | | |
| *stallweise oder  abteilweise* | | | | |
| **B Herkunft der**  **zugekauften Tiere:** | | | *kein Zukauf* | | | *ein Betrieb* | | | | |
| *mehrere Betriebe 🡪 Anzahl d. Betriebe:\_\_\_\_\_\_* | | | | |
| **Haltungssystem:** | | | | | | | | | | |
| *Vollspaltenboden*  *Tiefstreustall*  *Tretmiststall* | | *Liegeboxenlaufstall*  *Iglu*  *Anbindehaltung* | | | | | | *Mutterkuhhaltung*  *Weidehaltung*  *Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | |
| **Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im Erfassungshalbjahr:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Maximale Besatzdichte im Erfassungshalbjahr (m²/Tier):** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Beschreibung der Ausstattung/Einrichtung des Stalls/der Stallabteile:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Fütterungssystem und verwendetes Futtermittel (z. B. hofeigenes Futter, Zukauf/Herkunft, Fütterungstechnik):** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Angaben zum Betrieb** | **Wasserversorgung (Tränksystem, Herkunft des verwendeten Tränkwassers, Wasserqualität, Art der Tränken):** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Tränke-/Futterplätze:** | | | | | | | | | | |
| *Anzahl Tiere pro Tränke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | *Anzahl Tiere pro Futterplatz:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | |
| **Beschreibung der Hygienemaßnahmen (z. B. Hygieneschleusen, Reinigungspro-gramme, Krankenbuchten, Desinfektion, Schädlingsbekämpfung von Stall, Stalleinrichtungen, Fütterungs- und Tränkeinrichtungen):** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Stallspezifische Schutzkleidung:** | | | | | | | | | | |
| *ja* | | | | | *nein* | | | | | |
| **Tierbetreuung:** | | | | | | | | | | |
| *grundsätzlich die gleichen Personen* | | | | | *wechselnde Personen/Hilfskräfte* | | | | | |
| *Bei Urlaub/Krankheit:* | | | | | | | | | | |
| **Tierbeobachtung:** | | | | | | | | | | |
| *Anzahl Personenstunden pro Tag zur direkten Tierbeobachtung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | |
| **Angaben zum Verkauf der Tiere (z. B. Alter und Gewicht der Tiere, Anzahl der belieferten Schlachthöfe):** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Name/Anschrift des betreuenden Tierarztes, ggf. weiterer Tierärzte:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Anzahl der Bestandsbesuche des Tierarztes im Erfassungshalbjahr:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **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:** | | | | | | | | | | |
| *Injektion* | *Futter* | | | *Wasser* | | | *Milchtränke* | | | *lokale Anwendung* |
| *Dosiergerät* | | | | | *Händisches Einmischen* | | | | | |
| **Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?** | | | | | | | | | | |
| *ja* | | | | | *nein* | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mögliche Gründe für die Überschreitung der Kennzahl 2/Angaben zur Tiergesundheit** | **Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2:** | | | |
|  | | | |
| **Angaben zum Krankheitsgeschehen – Anzahl und Alter betroffener Tiere:** | | | |
|  | | | |
| **Tierverluste (Anzahl):** | | | |
| *Im Erfassungshalbjahr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | *In vorhergehenden Halbjahren, falls abweichend:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| **Angaben zum Krankheitsgeschehen – Beschreibung des Krankheitsbildes:** | | | |
| *Atemwege* | *Verdauungsapparat* | | *Bewegungsapparat* |
| *Sonstiges:* | | | |
| **Diagnostikmaßnahmen und Laborbefunde/Resistenzteste:** | | | |
|  | | | |
| **Therapeutische Maßnahmen und deren Erfolg:** | | | |
|  | | | |
| **Bestehende Prophylaxeprogramme (z. B. Impfungen):** | | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tierärztliche Beratung nach § 57 TAMG** | **Datum und Ergebnis der tierärztlichen Beratung/en nach § 57 TAMG:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum, Unterschrift der/des Tierärztin/Tierarztes |

|  |  |
| --- | --- |
| **Maßnahmen** | **Beabsichtigte Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes/**  **Verbesserung der Tiergesundheit (einschließlich Zeitraum der Umsetzung):** |
| Impfung (Art, Zeitpunkt):  Klima/Lüftungscheck (durch wen, wann?):  Fütterung überprüfen (durch wen, wann?):  Tränkewasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?): |
| **Maßnahmen** | Hygienekonzept, z. B. Schadnagerbekämpfung, Reinigung, Desinfektion etc. (durch wen, wann?):  Sonstige Maßnahmen (was, wann?): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zeitplan** | **Zeitplan zur Umsetzung der Maßnahmen, wenn dafür mehr als 6 Monate erforderlich sind:** |
|  |

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

Datum, Unterschrift Betriebsleiter