

**Maßnahmenplan – nicht auf Betrieb  
geborene Kälber ≤ 12 Monate**

Betriebsnummer:

Für Halbjahr:

Therapiehäufigkeit (TH)  
vorangegangenes Halbjahr:

- TH < K1     TH > K1 < K2  
 TH > K2

Name und Anschrift der Tierhalterin oder des Tierhalters:

Anschrift des Betriebs (falls abweichend):

Angaben zum Betrieb

Bei Mast: Art der Mast

- Fresserzeuger     Milch-Mast     Sonstige:  
 Rosé-Mast     Bullen-Mast    \_\_\_\_\_

Belegungsmanagement:

- Kontinuierlich     Rein-Raus-Prinzip, falls ja:  
 stallweise oder     abteilweise

Herkunft der Tiere:

- eigene Nachzucht  
(bei Zugang von einem eigenen Betrieb mit anderer Betriebsnummer)
- Zukauf (Einzeltiere)     ein Betrieb  
 Zukauf (gruppenweise)     mehrere Betriebe → Anzahl d. Betriebe: \_\_\_\_\_

Haltungssystem:

- |                                              |                                                  |                                                 |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anbindehaltung*     | <input type="checkbox"/> Weidehaltung ganzjährig | <input type="checkbox"/> Krankenbucht vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Vollspaltenbucht    | <input type="checkbox"/> Weidehaltung saisonal   | <input type="checkbox"/> Einzelbucht            |
| <input type="checkbox"/> Tiefstreustall      | <input type="checkbox"/> Laufhof                 | <input type="checkbox"/> Gruppenbucht           |
| <input type="checkbox"/> Tretmiststall**     |                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Kompoststall        | <input type="checkbox"/> Iglu                    |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Liegeboxenlaufstall | <input type="checkbox"/> Kälberhütte             |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Hochbox             | <input type="checkbox"/> Kälberloggia/-boxen     |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Tiefbox             |                                                  |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:<br>_____  |                                                  |                                                 |

\*ab 7 Monate

\*\* ab 200kg Körpergewicht

Mastdauer/Dauer des Verbleibs der Tiere im Betrieb:

Durchschnittlich gehaltene Tierzahl im Erfassungshalbjahr:

Maximale Besatzdichte im Erfassungshalbjahr (m<sup>2</sup>/Tier):

**Maßnahmenplan – nicht auf Betrieb  
geborene Kälber ≤ 12 Monate**

Betriebsnummer:

Für Halbjahr:

Angaben zum Betrieb

**Beschreibung der Ausstattung/Einrichtung des Stalls/der Stallabteile (inkl. Lüftungstechnik):**

**Fütterungssystem und verwendetes Futtermittel (z. B. hofeigenes Futter, Zukauf/Herkunft, Fütterungstechnik, Art der Fütterung):**

**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, Reinigungsprogramme, Krankenbuchten, Desinfektion, Schädlingsbekämpfung von Stall, Stalleinrichtungen, Fütterungs- und Tränkeinrichtungen):**

**Maßnahmenplan – nicht auf Betrieb  
geborene Kälber ≤ 12 Monate**

Betriebsnummer:

Für Halbjahr:

<b>Angaben zum Betrieb</b>	<b>Stallspezifische Schutzkleidung:</b>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Tierbetreuung:</b>
	<input type="checkbox"/> grundsätzlich die gleichen Personen <input type="checkbox"/> wechselnde Personen/Hilfskräfte
	Bei Urlaub/Krankheit:
	<b>Tierbeobachtung:</b>
	Anzahl Personenstunden pro Tag zur direkten Tierbeobachtung: _____
	<b>Angaben zum Verkauf der Tiere (z. B. Alter und Gewicht der Tiere):</b>
	<b>Name/Anschrift der betreuenden Tierärztin/des betreuenden Tierarztes, ggf. weiterer Tierärztinnen oder Tierärzte:</b>
	<b>Anzahl der Bestandsbesuche der Tierärztin/des Tierarztes im Erfassungshalbjahr:</b>
<b>Welche Antibiotika werden im Sinne einer Metaphylaxe regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? (Angabe des Antibiotikums und Grund der Anwendung)</b>	
<b>Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika:</b>	
<input type="checkbox"/> Injektion <input type="checkbox"/> Futter <input type="checkbox"/> Tränkwasser <input type="checkbox"/> Milchtränke/Milchaustauscher <input type="checkbox"/> lokale Anwendung	
Bei Verabreichung über das Futter/Tränkwasser – Art der Einmischung: <input type="checkbox"/> Dosiergerät <input type="checkbox"/> Händisches Einmischen	
Bei Verabreichung über das Futter/Tränkwasser: Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ <sup>1</sup> bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<sup>1</sup> Orale Anwendung von Tierarzneimitteln im Nutztierbereich über das Futter oder das Wasser; Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft; Mai 2014

**Maßnahmenplan – nicht auf Betrieb  
geborene Kälber ≤ 12 Monate**

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

Nabel

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Diagnostikmaßnahmen und Labor-/Sektionsbefunde/Resistenztests:**

**Therapeutische Maßnahmen und deren Erfolg:**

**Bestehende Prophylaxeprogramme (z. B. Impfungen,  
Endo/Ektoparasitenprophylaxe):**

**Maßnahmenplan – nicht auf Betrieb  
geborene Kälber ≤ 12 Monate**

Betriebsnummer:

Für Halbjahr:

**Tierärztliche Beratung nach § 58 TAMG**

**Datum und Ergebnis der tierärztlichen Beratung/en nach § 58 TAMG:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Tierärztin/Tierarzt

**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?):

**Maßnahmenplan – nicht auf Betrieb  
geborene Kälber ≤ 12 Monate**

Betriebsnummer:

Für Halbjahr:

**Maßnahmen**

- Tränkewasserversorgung überprüfen (durch wen, wann?):
  
- 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 Betriebsleiterin/Betriebsleiter

**Hinweis:** Die Verwendung des vorliegenden Formulars erfolgt freiwillig. Der Maßnahmenplan muss die Inhalte gemäß § 4 Antibiotika-Arzneimittel-Verwendungsverordnung enthalten. Er ist dem zuständigen Veterinäramt schriftlich oder elektronisch für ein erstes Erfassungshalbjahr bis zum 1. Oktober und für ein zweites Erfassungshalbjahr bis zum 1. April des Folgejahres zu übermitteln.