

**Maßnahmenplan****§ 57 TAMG i. V. m. § 3 Verordnung mit arzneimittelrechtlichen Vorschriften über die Arzneimittelanwendung in landwirtschaftlichen Betrieben**

1. Betrieb:		
Registriernummer nach VVO:		*Firmenstempel:
Tierhalter/in: Name, Vorname		
PLZ, Ort:		
Straße, Hausnummer:		
Telefon:	*Telefax:	

2. Nutzungsart:		
<b>Schwein</b>	<b>Rind</b>	<b>Geflügel</b>
Mast bis einschl. 30 kg <input type="checkbox"/>	Mast unter 8 Monate <input type="checkbox"/>	Masthühner <input type="checkbox"/>
Mast über 30 kg <input type="checkbox"/>	Mast über 8 Monate <input type="checkbox"/>	Mastputen <input type="checkbox"/>
*Sonstige Tiere (Art/Anzahl):		

3. *Halbjährliche betriebliche Therapiehäufigkeit:	
Ausgewertetes Kalenderhalbjahr:	<input type="checkbox"/> I / _____ <input type="checkbox"/> II / _____
Betriebliche Therapiehäufigkeit:	
Betriebliche Therapiehäufigkeit vorhergehendes Kalenderhalbjahr:	<input type="checkbox"/> TH < K1 <input type="checkbox"/> TH > K1 <input type="checkbox"/> TH > K2

4. Betreuende Tierärzte/innen:		
Beratungen beim Maßnahmenplan durch Tierärztin/Tierarzt:		
Name, Vorname:	Praxisanschrift:	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkungen:
Weitere Tierärzte/innen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Name, Vorname:	Praxisanschrift:	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anmerkungen:
*Weitere Berater/innen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Name, Vorname:	Anschrift:	Anmerkungen:

5. Angaben zum Betrieb:
System des Zu- oder Verkaufs der Tiere:
Art und Weise der Mast:

\*freiwillige Angaben

Mastdauer:
Besatzdichte:
Stallausstattung, Stalleinrichtung:
Hygienemaßnahmen:
Fütterung:
Wasserversorgung:
Art und Weise der Verabreichung von Arzneimitteln, die antibakteriell wirksame Stoffe enthalten:

**6. Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2:**

\*Betriebliche Therapiehäufigkeit ist nachvollziehbar:  ja  nein, weil:

Angaben zum Krankheitsgeschehen (ggf. Anlage Nr. \_\_\_\_):

\*freiwillige Angaben

Durchgeführte Diagnostik, inkl. Befunde (ggf. Anlage Nr. ____):
Anzahl verendeter oder getöteter Tiere (ggf. Anlage Nr. ____):
Bestehende Prophylaxeprogramme (ggf. Anlage Nr. ____):
Vermutete Ursachen für die Überschreitung der Kennzahl 2 (ggf. Anlage Nr. ____):

<b>7. Tierärztliche Beratung:</b>	
Ergebnis der Beratung (ggf. Anlage Nr. ____):	
Datum:	Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

<b>8. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotikaeinsatzes:</b>
Maßnahmen (ggf. Anlage Nr. ____):

\*freiwillige Angaben

**9. Zeitplan, sofern die Umsetzung länger als 6 Monate dauert:**

Zeitraum der Umsetzung:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Verantwortliche/r des Betriebs

**Hinweis:**

Der Maßnahmenplan ist dem zuständigen Veterinäramt schriftlich oder elektronisch zu übermitteln.

<b>Frist:</b>	Erstes Kalenderhalbjahr (Januar – Juni):	31. Januar des nachfolgenden Jahres
	Zweites Kalenderhalbjahr (Juli – Dezember):	31. Juli des nachfolgenden Jahres

**Anlagen:**

Maßnahmenplan nach § 57 TAMG - Erläuterungen für die Tierart Rind

Maßnahmenplan nach § 57 TAMG - Erläuterungen für die Tierart Schwein

Maßnahmenplan nach § 57 TAMG - Erläuterungen für Hühner und Puten

\*freiwillige Angaben