

**Maßnahmenplan****§ 58d AMG i. V. m. § 2 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 / _____<br><input type="checkbox"/> II / _____                                |
| Betriebliche Therapiehäufigkeit:                                 |  |
| Betriebliche Therapiehäufigkeit vorhergehendes Kalenderhalbjahr: | <input type="checkbox"/> TH < K1<br><input type="checkbox"/> TH > K1<br><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<br>Anmerkungen: |
| Weitere Tierärzte/innen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |                  |  |
| Name, Vorname:   | Praxisanschrift: | Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>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 § 58b AMG - Erläuterungen für die Tierart Rind

Maßnahmenplan nach § 58b AMG - Erläuterungen für die Tierart Schwein

Maßnahmenplan nach § 58b AMG - Erläuterungen für Hühner und Puten

\*freiwillige Angaben