

Schriftlicher Plan nach § 58 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 TAMG i.V.m. § 4 ABAMVerwV	Für Halbjahr:
Maßnahmenplan – Schwein Mastschweine > 30kg (≥ 250 Schweine)	Therapiehäufigkeit (TH) vorangegangenes Halbjahr: <input type="checkbox"/> TH < K1 <input type="checkbox"/> TH > K1 < K2 <input type="checkbox"/> TH > K2

Hinweis: Die Verwendung des vorliegenden Formulars erfolgt freiwillig. Der Maßnahmenplan muss die Inhalte gemäß § 4 Antibiotika-Arzneimittel-Verwendungs-Verordnung 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.

Angaben zum Unternehmer	1. Angaben zum Betrieb		
	Registriernummer nach VVVO:	Firmenstempel:	
	Tierhalter/in: Name, Vorname:		
	Postanschrift		
	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnummer:		
	Telefon:	*Telefax:	*E-Mail:
	Standortadresse		
	Straße, Hausnummer:		
	PLZ, Ort:		
Ställe mit Stallbezeichnung:		Anzahl der Stallplätze gesamt:	

Angaben zu betreuenden Tierärzten/innen	2. Beratungen beim Maßnahmenplan durch Tierärztin/Tierarzt / Berater/-in		
	Name, Vorname:	Praxisanschrift (evtl. Stempel):	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Weitere Tierärzte/innen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Name, Vorname:	Praxisanschrift:	Betreuungsvertrag: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	*Berater/-in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Name, Vorname:	Anschrift:	
Bestandsbetreuung	Besuche im letzten Jahr:		

*freiwillige Angabe

Gemeinsame Empfehlung: MLR, STV RPT, LSZ Boxberg, LAZ BW, LBV-BW, BLHV, TGD BW, Veterinäramter BW und LTK BW
Stand: 4. März. 2026

Angaben zum Betrieb	3.5.1 Lüftung / Heizung			
	Lüftung:	<input type="checkbox"/> freie Lüftung <input type="checkbox"/> Zwangslüftung <input type="checkbox"/> Deckenlüftung <input type="checkbox"/> Türganglüftung	<input type="checkbox"/> Unterflurabsaugung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	Kühlsystem:	<input type="checkbox"/> ja Welches:	<input type="checkbox"/> nein	
	Heizung:	<input type="checkbox"/> Heizkanone <input type="checkbox"/> Konvektor <input type="checkbox"/> Deltarohre	<input type="checkbox"/> Wärmelampe <input type="checkbox"/> beheizbare Bodenplatte <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	Klimacheck:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	
	3.6 Hygienemaßnahmen			
	Externe Biosicherheit des Betriebes (SchHaltHygV):	Art der Schutzkleidung:		
		Art der Hygieneschleuse:		
	Art und Umfang der internen Biosicherheit:	Reinigung Stall:	Desinfektion Stall:	
		Mittel:	Mittel:	
		Frequenz:	Frequenz:	
	3.7 Futtermittellieferung			
	Art der Fütterung:	<input type="checkbox"/> Breiautomat <input type="checkbox"/> Trockenautomat <input type="checkbox"/> Flüssigfütterung <input type="checkbox"/> ad libitum <input type="checkbox"/> sensorgesteuert <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Trockenfütterung <input type="checkbox"/> Abruffütterung <input type="checkbox"/> Raufutter <input type="checkbox"/> rationiert <input type="checkbox"/> mehrphasig	<input type="checkbox"/> mehlförmig <input type="checkbox"/> granuliert <input type="checkbox"/> pelletiert <input type="checkbox"/> phosphorreduziert
		Futterherkunft:	<input type="checkbox"/> eigenes Getreide <input type="checkbox"/> Zukauf Getreide	<input type="checkbox"/> Zukauf Fertigfutter <input type="checkbox"/> Zukauf Ergänzter <input type="checkbox"/> Zukauf Mineralfutter
	Mischer:	<input type="checkbox"/> eigener Mischer	<input type="checkbox"/> Fremd-Mischer	
Tier-Futterplatzverhältnis:				
<u>Weitere Beschreibung</u> der Fütterung (Eigenes Getreide, Zukauf):				

Angaben zum Betrieb	3.8 Wasserversorgung			
	Art der Wasserversorgung:	<input type="checkbox"/> Brunnenwasser	<input type="checkbox"/> Stadtwasser	<input type="checkbox"/> Wasseruntersuchungen
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	Anzahl Tiere pro Tränke:			
	Art der Tränke:	<input type="checkbox"/> Nippeltränke	<input type="checkbox"/> Trogtränke	<input type="checkbox"/> Aqualevel
		<input type="checkbox"/> Materialbeschaffenheit Leitungen:		
		<input type="checkbox"/> Durchflussrate:		
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<u>Weitere Beschreibung:</u>			
	3.9. Art und Weise der Verabreichung von Arzneimitteln, die antibakteriell wirksame Stoffe enthalten			
Art der Verabreichung:	<input type="checkbox"/> Injektion	<input type="checkbox"/> Futter	<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> lokal (z.B. Spray)
	<input type="checkbox"/> Mischer / Vorbehälter	<input type="checkbox"/> Dosierer	<input type="checkbox"/> tiernah	
Leitfaden „Orale Anwendung von Tierarzneimitteln“ bekannt?	<input type="checkbox"/> ja			
	<input type="checkbox"/> nein			
Risikomanagementplan vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja			
	<input type="checkbox"/> nein			
<u>Weitere Beschreibung</u> der Verabreichung von Arzneimitteln:				

4. Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2	
Schwerpunkt(e) der Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Verdauungsapparat <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Nähere Angaben zum Krankheits-geschehen (ggf. Anlage Nr. ____):	
Durchgeführte Diagnostik, inkl. Befunde (ggf. Anlage Nr. ____):	
<input type="checkbox"/> Erregernachweis / Resistenztest:	
<input type="checkbox"/> Blutproben:	
<input type="checkbox"/> Sektion:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Anzahl verendeter oder getöteter Mastschweine (ggf. Anlage Nr. ____):	
Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:	
Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Kalenderhalbjahr:	
Bestehende Prophylaxeprogramme (z.B. Impfungen Herkunftsbetrieb, eigene Impfungen) (ggf. Anlage Nr. ____):	

Tierärztliche Beratung	Ergebnis der Beratung:
	Datum:
	Unterschrift Tierärztin/Tierarzt:

Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes	Maßnahmen:	Zeitraum der Umsetzung:
	Ggf. Zeitplan (nur erforderlich bei Umsetzung der Maßnahmen von <u>länger als 6 Monate</u>):	

Ort, Datum

Verantwortliche/r des Betriebs