

Schriftlicher Plan nach § 58 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 TAMG i.V.m. § 4 ABAMVerwV		Für Halbjahr:
Maßnahmenplan		Therapiehäufigkeit (TH) vorangegangenes Halbjahr: <input type="checkbox"/> TH < K1 <input type="checkbox"/> TH > K1 < K2 <input type="checkbox"/> TH > K2
<input type="checkbox"/> Junghennen <input type="checkbox"/> Legehennen	<input type="checkbox"/> Masthähnchen <input type="checkbox"/> Puten	

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 Unternehmen	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:		
Stall mit Stallbezeichnung:		Anzahl der Stallplätze gesamt:	

Angaben zu betreuende Tierärzte/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, LAZ BW, LBV-BW, BLHV, TGD BW, Veterinärämter BW und LTK BW
Stand: 01. November 2025

Angaben zum Betrieb	3. Angaben zum Betrieb
	3.1 System des Zu- und Verkaufs:
	3.2 Art und Weise der Haltung:
	3.3 Mast – Nutzungsdauer:
3.4 Besatzdichte:	

Angaben zum Betrieb

3.5 Stallausstattung / Stalleinrichtung:

3.6 Hygienemaßnahmen:

3.7 Futtermittellieferung:

3.6 Wasserversorgung:

3.7 Art und Weise der Verabreichung von Arzneimitteln, die antibakteriell wirksame Stoffe enthalten:

Mutmaßliche Gründe für Überschreitung der Kennzahl 2	4. Gründe der Überschreitung von Kennzahl 2
	Betriebliche Therapiehäufigkeit ist nachvollziehbar: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nähere Angaben zum Krankheits-geschehen (ggf. Anlage Nr. _____):
	Durchgeführte Diagnostik, inkl. Befunde (ggf. Anlage Nr. _____):
	<input type="checkbox"/> Erregernachweis / Resistenztest:
	<input type="checkbox"/> Sektion:
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
	Anzahl verendeter oder getöteter Tiere (ggf. Anlage Nr. _____)
	Anzahl der Durchgänge im Kalenderhalbjahr:
	Anzahl verendeter / getöteter Tiere im Kalenderhalbjahr:
	Anzahl verendeter / getöteter Tiere im vorhergehenden Kalenderhalbjahr:

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>):	

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum

Verantwortliche/r des Betriebs