

5.

**Kundmachung betreffend
TGD/GGD Formulare gemäß
§ 7 Abs. 4, § 9 Abs. 3 Z 3 und Anhang 3 der
Tiergesundheitsdienst-Verordnung 2009
(TGD-VO 2009),
BGBl. II Nr. 434/2009
GZ. 74.200/0020-II/B/5/2010**

GZ: 74200/20-II/B/5/2010

K U N D M A C H U N G

betreffend TGD/GGD Formulare

Gemäß § 7 Abs. 4, § 9 Abs. 3 Z 3 und Anhang 3 der Tiergesundheitsdienst-Verordnung 2009, BGBl. II Nr. 434/2009, wird nach Anhörung des Beirates „Tiergesundheitsdienst Österreich“ kundgemacht:

Artikel 1

(1) Zum 1.1.2010 bestehende TGD/GGD-Verträge behalten gemäß § 21 Abs. 3 TGD-VO 2009 ihre Gültigkeit. Im Falle einer Änderung von Vertragsbestandteilen oder Neuabschluss sind jedoch die entsprechenden Formulare gemäß Anlage 1 bis 6 zu dieser Kundmachung zu verwenden.

(2) Zum 1.1.2010 bestehende Betriebserhebungsdeckblatt-Formulare können bis längstens 31. Dezember 2011 verwendet werden, sofern das Betriebserhebungsdeckblatt durch das Formular gemäß Anlage 8 (Artikel 2) ergänzt wird. Das Betriebserhebungsdeckblatt-Formular gemäß Anlage 7 ist zum ehest möglichen Zeitpunkt, spätestens aber ab 1. Jänner 2012 zu verwenden.

Artikel 2

TGD-Arzneimittelanwender sind im Rahmen der Betriebserhebung am Betriebserhebungsdeckblatt bekanntzugeben.

Bei kurzfristigen Änderungen des TGD-Arzneimittelanwenders ist das in der Anlage 8 zu dieser Kundmachung enthaltene Formular gemäß § 9 Abs. 3 Z 3 TGD-VO 2009 „Bekanntgabe des TGD-Arzneimittelanwenders“ zu verwenden.

Artikel 3

Die in den Anlagen 1 bis 23 enthaltenen Formulare sind insoweit verbindlich, als diesen inhaltlich, nicht aber in der formalen Gestaltung entsprochen werden muss.

Artikel 4

Die Kundmachung BMG 74200/6-II/B/5/2010 vom 22. Jänner 2010, veröffentlicht in den AVN Nr. 12/2009, sowie die Kundmachung BMGF 74200/4-IV/B/5/06 vom 1. März 2006, veröffentlicht in den AVN Nr. 1a/2006, werden aufgehoben.

Artikel 5

Diese Kundmachung tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung in den „Amtlichen Veterinärnachrichten“ in Kraft.

Wien, am 14. April 2010

Für den Bundesminister:

i.V. Dr. Christine Oberleitner-Tschan

Teilnahmevertrag – Tierhalter
gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F.

Betriebsnummer (LFBIS)

--	--	--	--	--	--	--

Betriebsinhaber/Bewirtschafter (Vor-/Nachname/n)

Straße/Nr. PLZ/Ort

Tel./Mobil-Nr. Fax-Nr.

E-Mail Bezirk

Name/Adresse des Betriebes (wenn abweichend von Bewirtschafterdaten)

Ich erkläre meine Teilnahme gem. der Tiergesundheitsdienst-Verordnung zum „Land Tiergesundheitsdienst“. Weiters verpflichte ich mich, die Regelungen des Landes TGD einzuhalten. Insbesondere verpflichte ich mich, die Bestimmungen der Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F. einzuhalten.

Einzugsermächtigung:

Geldinstitut Bankleitzahl Girokonto-Nr.

Ermächtigung:

Ich ermächtige den Landes TGD, die einzuhebenden Beiträge (u.a. Teilnehmerbeitrag, Entgelte für Betriebserhebungen) bis auf Widerruf von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

1. Zustimmungserklärung gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 i.d.g.F.:

Ich stimme der Verwendung aller mich betreffenden personen- und betriebsbezogenen Daten und Produktionsdaten (insbesondere auch Befundergebnisse) und der Übermittlung durch den Tierarzt und die Untersuchungsanstalt an den Landes TGD zur elektronischen Erfassung und Bearbeitung zu. Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe dieser Daten durch den Landes TGD

- a) an die zuständigen Kontrollorgane, soweit sie für die Kontrolle im Rahmen des TGD eine wesentliche Voraussetzung bilden,
- b) an die für Tierarzneimittelkontrollen zuständigen Behörden, soweit sie für die Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bilden und
- c) an die Organisationen (z.B. Zuchtverbände), die bei der Umsetzung von TGD Programmen involviert sind, zu.

Eine sonstige Übermittlung an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher Erteilung meiner Zustimmung und nur für Zwecke, die mit den Aufgaben beziehungsweise Zielen des Tiergesundheitsdienstes im Zusammenhang stehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmungserklärung gemäß Datenschutzgesetz jederzeit von mir schriftlich beim Landes TGD widerrufen werden kann, was die sofortige Einstellung aller Datenübermittlungen bewirkt (ausgenommen Übermittlungen aufgrund gesetzlicher Übermittlungsbestimmungen). Der ordnungsgemäße Widerruf hat allerdings zur Folge, dass dies zum Ausschluss vom Landes TGD führt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Landes TGD externe Stellen mit der zentralen Verrechnung beauftragen kann.

2. Verpflichtungserklärung:

Ich verpflichte mich, Kontrollorganen, die im Rahmen des TGD kontrollieren, den Zutritt zu den nach Ansicht der Kontrollorgane maßgeblichen Räumlichkeiten zu ermöglichen und die verlangten Auskünfte zu erteilen.

3. Kündigungsklausel:

Dieser Vertrag kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer 2-monatigen Kündigungsfrist oder im beidseitigen Einvernehmen sofort schriftlich gekündigt werden, sofern kein aufrechter Betreuungsvertrag besteht. Andernfalls muss der Betreuungsvertrag vorher ordnungsgemäß lastenfrei schriftlich gekündigt worden sein.

4. Teilnahmebeginn:

Dieser Vertrag ist an die TGD Geschäftsstelle zu senden. Nach Gegenzeichnung und Festlegung des Teilnahmebeginns durch die TGD Geschäftsstelle, wird Ihnen eine Kopie übermittelt.

<p>TIERHALTER</p> <p>.....</p> <p align="center">Datum</p>	<p>LANDES TIERGESUNDHEITSDIENST</p> <p>.....</p> <p align="center">Unterschrift Tierhalter</p>
<p>.....</p> <p align="center">Datum</p>	<p>.....</p> <p align="center">Unterschrift TGD Geschäftsstelle</p>

Teilnahmevertrag – Tierarzt
gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F.

Titel/Vor-/Nachname Vet-Nr.

--	--	--	--

Berufssitz: Straße/Nr. PLZ/Ort

Tel./Mobil-Nr. Fax-Nr.

E-Mail Bezirk

TGD Verantwortung Freiberuflich tätig Mitarbeit/Angestellt bei

Praxisführung Einzelpraxis Praxisgemeinschaft

Tierärztesgesellschaft

Tierärztliche Hausapotheke (Name/VetNr/Adresse des apothekenführenden Tierarztes wenn abweichend von oben)

.....

Ich erkläre meine Teilnahme gem. der Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F. zum „Landes Tiergesundheitsdienst“. Weiters verpflichte ich mich, die Regelungen des Landes TGD einzuhalten. Insbesondere verpflichte ich mich, die Bestimmungen der Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F. einzuhalten.

Einzugsermächtigung:

Geldinstitut

Bankleitzahl

Girokonto-Nr.

Ermächtigung:

Ich ermächtige den Landes TGD, die einzuhebenden Beiträge (u.a. Teilnehmerbeitrag, Verwaltungskostenbeiträge) bis auf Widerruf von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

1. Zustimmungserklärung gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 DSGVO 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 i.d.g.F.:

Ich stimme der Verwendung aller mich betreffenden personen- und betriebsbezogenen Daten (insbesondere auch Befundergebnisse) und der Übermittlung durch den Landes TGD zur elektronischen Erfassung und Bearbeitung zu. Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe dieser Daten durch den Landes TGD

- a) an die zuständigen Kontrollorgane, soweit sie für die Kontrolle im Rahmen des TGD eine wesentliche Voraussetzung bilden,
- b) an die für Tierarzneimittelkontrollen zuständigen Behörden, soweit sie für die Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bilden und
- c) an die Organisationen (z.B. Zuchtverbände), die bei der Umsetzung von TGD Programmen involviert sind, zu.

Eine sonstige Übermittlung an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher Erteilung meiner Zustimmung und nur für Zwecke, die mit den Aufgaben beziehungsweise Zielen des Tiergesundheitsdienstes im Zusammenhang stehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmungserklärung gemäß Datenschutzgesetz jederzeit von mir schriftlich beim Landes TGD widerrufen werden kann, was die sofortige Einstellung aller Datenübermittlungen bewirkt (ausgenommen Übermittlungen aufgrund gesetzlicher Übermittlungsbestimmungen). Der ordnungsgemäße Widerruf hat allerdings zur Folge, dass dies zum Ausschluss vom Landes TGD führt. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Landes TGD externe Stellen mit der zentralen Verrechnung beauftragen kann.

2. Verpflichtungserklärung:

Ich verpflichte mich, Kontrollorganen, die im Rahmen des TGD kontrollieren, den Zutritt zu den nach Ansicht der Kontrollorgane maßgeblichen Räumlichkeiten zu ermöglichen und die verlangten Auskünfte zu erteilen.

3. Kündigungsklausel:

Dieser Vertrag kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer 2-monatigen Kündigungsfrist oder im beidseitigen Einvernehmen sofort schriftlich gekündigt werden, sofern kein aufrechter Betreuungsvertrag besteht. Andernfalls muss der Betreuungsvertrag vorher ordnungsgemäß lastenfrei schriftlich gekündigt worden sein.

4. Teilnahmebeginn:

Dieser Vertrag ist an die TGD Geschäftsstelle zu senden. Nach Gegenzeichnung und Festlegung des Teilnahmebeginns durch die TGD Geschäftsstelle, wird Ihnen eine Kopie übermittelt.

<p>TIERARZT</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Datum</p>	<p>LANDES TIERGESUNDHEITSDIENST</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">TEILNAHMEBEGINN</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift TGD Geschäftsstelle</p>
---	---

Betreuungsvertrag
gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F.

Dieser Betreuungsvertrag wird abgeschlossen zw. dem **TGD-Tierhalter (Bewirtschafter)**

Name (Titel, Vorname, Zuname)

Strasse/Nr. vlg

PLZ Ort Bezirk

Tel.Nr. Fax-Nr.

LFBIS-Nr.

--	--	--	--	--	--	--

 E-Mail

und dem **TGD-Tierarzt**

Name (Titel, Vorname, Zuname)

Strasse/Nr. E-Mail

PLZ Ort Bezirk

Tel.Nr. Fax-Nr.

Dieser Vertrag wird abgeschlossen für die **Tierart/en**:

<input type="checkbox"/> Schweine	<input type="checkbox"/> Fische
<input type="checkbox"/> Rinder	<input type="checkbox"/> Gatterwild
<input type="checkbox"/> Schafe / Ziegen	<input type="checkbox"/> Bienen
<input type="checkbox"/> Geflügel	<input type="checkbox"/> Sonstige (Pferde etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei **Neuabschluss** eines Betreuungsvertrages ist die erste Betriebserhebung innerhalb von 8 Wochen nach Übernahme der Betreuung, bei **Wechsel des Betreuungstierarztes** zum nächstfolgenden festgelegten Betriebserhebungstermin gemäß den Vorgaben für Betriebserhebungen durchzuführen.

Das **jeweilige Honorar** wird nach der aktuellen Vereinbarung zwischen der Österreichischen Tierärztekammer und der Landwirtschaftskammer Österreich berechnet.
Die Zahlungsmodalitäten erfolgen gemäß den Angaben am Teilnahmevertrag.

Beide Vertragspartner verpflichten sich, alle Bestimmungen der Tiergesundheitsdienst-Verordnung idgF. einzuhalten.

Kündigungs-klausel:

Dieser Vertrag kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer 2-monatigen Kündigungsfrist oder im beidseitigen Einvernehmen sofort schriftlich gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beginnt mit dem Datum des Einlangens in der TGD Geschäftsstelle.

.....
Datum

.....
Unterschrift Tierhalter

.....
Unterschrift Tierarzt

Gültigkeitsklausel:

Der TGD Geschäftsstelle ist eine Kopie des Betreuungsvertrages zu übermitteln. Der Vertrag ist erst ab Gegenzeichnung der Kopie durch die TGD Geschäftsstelle gültig. Über die erfolgte Gegenzeichnung sind der Tierarzt und der Tierhalter unverzüglich schriftlich zu informieren.

..... Datum der Gegenzeichnung durch die TGD Geschäftsstelle Unterschrift TGD Geschäftsstelle
---	---



BETREUUNGSVERTRAG
gem. Tiergesundheitsdienstverordnung idgF

abgeschlossen zwischen:

dem TGD - Tierhalter			
LFBIS-Nr.			
Name:			
Adresse:			
PLZ/Ort:			
Tel:		mobil:	

und dem TGD – Betreuungstierarzt			
Vet.Nr			
Name:			
Adresse:			
PLZ/Ort:			
Tel:		mobil:	

Der Vertrag wird abgeschlossen für:

Betriebsform	Sparte	Anzahl der Tiere (ausgen. Brütereien)
<input type="checkbox"/> Elterntieraufzucht	<input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Mast	
<input type="checkbox"/> Elterntierhaltung	<input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Mast	
<input type="checkbox"/> Brüterei	<input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/> Mast	<input type="checkbox"/> Puten <input type="checkbox"/> Enten, Gänse
<input type="checkbox"/> Junghennenaufzucht		
<input type="checkbox"/> Legehennenhaltung		
<input type="checkbox"/> Mastgeflügel	<input type="checkbox"/> Hühner <input type="checkbox"/> Puten <input type="checkbox"/> Enten <input type="checkbox"/> Gänse	
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Kündigungsklausel:

Dieser Vertrag kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer 2-monatigen Kündigungsfrist oder im beidseitigen Einvernehmen sofort schriftlich gekündigt werden. Die Frist beginnt mit dem Datum des Einlangens in der GGD Geschäftsstelle.

Abrechnungsmodalitäten:

Das jeweilige Honorar wird nach der aktuellen Vereinbarung zwischen der Österreichischen Tierärztekammer und der Landwirtschaftskammer Österreich berechnet. Die Zahlungsmodalitäten erfolgen gemäß den Angaben auf der Beitrittserklärung.

Verpflichtungserklärung:

Beide Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen der Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F. einzuhalten.

Gültigkeitsklausel:

Der GGD Geschäftsstelle ist ein Durchschlag des Betreuungsvertrages zu übermitteln. Der Vertrag ist erst ab Gegenzeichnung durch die GGD Geschäftsstelle gültig. Über die erfolgte Gegenzeichnung sind der Tierarzt und der Tierhalter unverzüglich nachweislich zu informieren.

..... Ort, Datum Unterschrift Tierhalter Unterschrift Tierarzt
---------------------	----------------------------------	--------------------------------



BEITRITTSERKLÄRUNG

gem. Tiergesundheitsdienstverordnung idgF

Tierhalter

Tierhalter			
LFBIS-Nr.			
Name:			
Adresse:			
PLZ/Ort:			
Bezirk:			
Tel:		mobil:	
Fax:		e-mail:	
Betriebsanschrift (wenn abweichend zu Tierhalter)			
Name:			
Adresse:			
PLZ/Ort:			
Tel:		mobil:	

Verpflichtungserklärung:

Ich/Wir erkläre(n) meinen/unseren Beitritt zur QGV und damit gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung zum „Geflügelgesundheitsdienst“. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, die Statuten, die Geschäftsordnung und Programmbestimmungen der Österreichischen Qualitätsgeflügelvereinigung (kurz: QGV) einzuhalten.
 Ich verpflichte mich Kontrollorganen, die im Rahmen des TGD kontrollieren, den Zutritt zu den nach Ansicht der Kontrollorgane maßgeblichen Räumlichkeiten zu ermöglichen und die verlangten Auskünfte zu erteilen.
 Weiters verpflichte(n) ich/wir mich/uns die Bestimmungen der TGD-VO einzuhalten.

Einzugsermächtigung*) für Programmkosten, Datenbankbeiträge und Mitgliedsbeiträge:

Geldinstitut Bankleitzahl Konto-Nr.
 IBAN: BIC:

Ermächtigung:*)

Ich/Wir ermächtige(n) die QGV, meine/unsere Programmkosten, die im Rahmen der Umsetzung der Geflügelgesundheitsprogramme entstehen, allfällige Datenbankbeiträge sowie die QGV-Mitgliedsbeiträge bis auf Widerruf von meinem/unserem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen.
 Damit ist auch meine/unsere Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Zustimmungserklärung gemäß DSGVO idgF:

Ich stimme der Verwendung aller mich betreffenden personen- und betriebsbezogenen Daten und Produktionsdaten (insbesondere auch Befundergebnisse) und der Übermittlung durch den Tierarzt und die Untersuchungsanstalt an den Geflügelgesundheitsdienst zur elektronischen Erfassung und Bearbeitung zu.
 Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe dieser Daten durch den Geflügelgesundheitsdienst
 a) an die zuständigen Kontrollorgane, soweit sie für die Kontrolle des Gesundheitsdienstes eine wesentliche Voraussetzung bilden und
 b) an die für Tierarzneimittelkontrolle zuständigen Behörden, soweit sie für die Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bilden zu.
 Eine sonstige Übermittlung an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher Erteilung meiner Zustimmung und nur für Zwecke, die mit den Aufgaben beziehungsweise Zielen des Geflügelgesundheitsdienstes im Zusammenhang stehen.
 Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmungserklärung gemäß Datenschutzgesetz jederzeit von mir schriftlich beim GGD widerrufen werden kann, was die sofortige Einstellung aller Datenübermittlungen bewirkt (ausgenommen Übermittlungen aufgrund gesetzlicher Übermittlungsbestimmungen). Der ordnungsgemäße Widerruf hat allerdings zur Folge, dass dies zum Ausschluss vom GGD führt.

Kündigungsklausel:

Dieser Vertrag kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer 2-monatigen Kündigungsfrist oder im beidseitigen Einvernehmen sofort schriftlich gekündigt werden, sofern kein aufrechter Betreuungsvertrag besteht. Andernfalls muss der Betreuungsvertrag vorher ordnungsgemäß lastenfrei schriftlich gekündigt worden sein. Die Frist beginnt mit dem Datum des Einlangens in der GGD Geschäftsstelle.

Teilnahmebeginn:

Die Teilnahme am GGD erfolgt, wenn alle für die Mitgliedschaft relevanten Unterlagen, insbesondere die Beitrittserklärung und das Mitgliedsstammdatenblatt im Original, sowie der Betreuungsvertrag im Durchschlag vorliegen.

..... Ort, Datum Unterschrift Tierhalter Teilnahmebeginn
---------------------	----------------------------------	--------------------------



BEITRITTSERKLÄRUNG

gem. Tiergesundheitsdienstverordnung idgF

Tierarzt

Vet.Nr.:	<input type="text"/>	Name/Titel:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Tel:	<input type="text"/>	mobil:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	e-mail:	<input type="text"/>
TGD Verantwortung:	<input type="checkbox"/> Freiberuflich tätig <input type="checkbox"/> Mitarbeit/Angestellte bei:		
Praxisführung:	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit: <input type="checkbox"/> Tierärztegesellschaft:		
Tierärztliche Hausapotheke (wenn abweichend, Vet.Nr., Name, Adresse des Apotheken führenden Tierarztes)			

Verpflichtungserklärung:

Ich erkläre meinen Beitritt zur QGV und damit gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung zum „Geflügelgesundheitsdienst“. Ich verpflichte mich, die Statuten, die Geschäftsordnung und Programmbestimmungen der Österreichischen Qualitätsgeflügelvereinigung (kurz: QGV) einzuhalten.

Weiters verpflichte ich mich die Bestimmungen der TGD-VO einzuhalten.

Außerdem gestatte ich Kontrollorganen, die im Rahmen des TGD kontrollieren, den Zutritt zu den nach Ansicht des Kontrollorgans maßgeblichen Räumlichkeiten, gewähre Einsicht in eben solche Unterlagen und erteile die verlangten Auskünfte.

Einzugsermächtigung*) evtl. Datenbankbeiträge und Mitgliedsbeiträge:

Geldinstitut Bankleitzahl Konto-Nr.

IBAN: BIC:

Ermächtigung:*)

Ich ermächtige die QGV, Kosten, die im Rahmen der Umsetzung der Geflügelgesundheitsprogramme entstehen, allfällige Datenbankbeiträge sowie den QGV-Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen.

Damit ist auch meine Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

Zustimmungserklärung gemäß DSGVO idgF:

Ich stimme der Verwendung aller mich betreffenden personen- und betriebsbezogenen Daten und Produktionsdaten (insbesondere auch Befundergebnisse) und der Übermittlung durch den Tierarzt und die Untersuchungsanstalt an den Geflügelgesundheitsdienst zur elektronischen Erfassung und Bearbeitung zu.

Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe dieser Daten durch den Geflügelgesundheitsdienst

- a) an die zuständigen Kontrollorgane, soweit sie für die Kontrolle des Gesundheitsdienstes eine wesentliche Voraussetzung bilden und
- b) an die für Tierarzneimittelkontrolle zuständigen Behörden, soweit sie für die Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bilden zu.

Eine sonstige Übermittlung an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher Erteilung meiner Zustimmung und nur für Zwecke, die mit den Aufgaben beziehungsweise Zielen des Geflügelgesundheitsdienstes im Zusammenhang stehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmungserklärung gemäß Datenschutzgesetz jederzeit von mir schriftlich beim GGD widerrufen werden kann, was die sofortige Einstellung aller Datenübermittlungen bewirkt (ausgenommen Übermittlungen aufgrund gesetzlicher Übermittlungsbestimmungen). Der ordnungsgemäße Widerruf hat allerdings zur Folge, dass dies zum Ausschluss vom GGD führt.

Kündigungsklausel:

Dieser Vertrag kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer 2-monatigen Kündigungsfrist oder im beidseitigen Einvernehmen sofort schriftlich gekündigt werden, sofern kein aufrechter Betreuungsvertrag besteht. Andernfalls muss der Betreuungsvertrag vorher ordnungsgemäß lastenfrei schriftlich gekündigt worden sein. Die Frist beginnt mit dem Datum des Einlangens in der GGD Geschäftsstelle.

Teilnahmebeginn:

Die Teilnahme am GGD erfolgt, wenn die Beitrittserklärung im Original vorliegt.

..... Ort, Datum Unterschrift Tierarzt Teilnahmebeginn
---------------------	--------------------------------	--------------------------

BETRIEBSERHEBUNGSDECKBLATT					gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung				
TGD-Betrieb: (Name, Anschrift, LFBIS)					TGD-Betreuungstierarzt: (Name, Anschrift, VetNr.)				

Datum der Betriebserhebung / 20..... **Beginn** Uhr **Ende** Uhr

Nr. der BE im laufendem Jahr 1. BE 2. BE 3. BE 4. BE BE mit Tierhalter verrechnet

Art	Tierkategorie	Tierzahl	Arzneimittelanwendung, Teilnahme an Programmen									
SCHWEINE	<input type="checkbox"/> (1) Zuchtsauen	_____ Stk.	Anwendung von Tierarzneimittel / Impf. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
	<input type="checkbox"/> (2) Mastschweine	_____ Mpl.	Anwendung von Fütterungsarzneimittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
	<input type="checkbox"/> (3) Babyferkelaufzucht	keine Angabe notw.	Herstellung von Fütterungsarzneimittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									
	<input type="checkbox"/> (4) Jungsauenaufzucht	keine Angabe notw.										
RINDER	<input type="checkbox"/> (5) Milchkühe	_____ GVE	<input type="checkbox"/> Schw. Rhinitis <input type="checkbox"/> Rd. Eutergesundheit									
	<input type="checkbox"/> (6) spezialisierte Kälbermast	(bei Rinder nur eine Tierkategorie und Gesamt GVE angeben)	<input type="checkbox"/> Schw. PRRS <input type="checkbox"/> Rd. Fruchtbarkeit									
	<input type="checkbox"/> (7) Mastvieh, Kalbinnenaufzucht		<input type="checkbox"/> Schw. Räude <input type="checkbox"/> Rd. Parasitosen u. Trichoph.									
	<input type="checkbox"/> (8) Mutterkühe		<input type="checkbox"/> Schw. TG und Management <input type="checkbox"/> Rd. Dermatitis digitalis									
	<input type="checkbox"/> (9) Schafe/Ziegen	_____ Stk.	<input type="checkbox"/> Schw. PCV2 <input type="checkbox"/> Rd. Zuchtprogramm (ET)									
	<input type="checkbox"/> (10) Geflügel	_____ Stk.	<input type="checkbox"/> kl.Wdk. Parasitenprogramm <input type="checkbox"/> Rd. Gesundheitsmonitoring									
	<input type="checkbox"/> (11) Fische	keine Angabe notw.	<input type="checkbox"/> kl.Wdk. Maedi/Visna/CAE/Bruc.ovis. <input type="checkbox"/> Wildtierprogramm									
	<input type="checkbox"/> (12) Gatterwild	keine Angabe notw.	<input type="checkbox"/> Andere:									
	<input type="checkbox"/> (13) Bienen	_____ Dauer in Min.										
	<input type="checkbox"/> (14) Sonstige (Pferde etc.)	_____ Stk. _____ Min.										
			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname)</th> <th style="width: 15%;">Geb. Datum</th> <th style="width: 15%;">Anmerk¹⁾</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname)	Geb. Datum	Anmerk ¹⁾						
TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname)	Geb. Datum	Anmerk ¹⁾										

Tierarztvertretung/en

Fett umrandeter Teil ist nur bei der 1. Betriebserhebung des jeweiligen Jahres auszufüllen! ¹⁾ Tierhalter (T), Familienangehöriger (F), Vertragsverhältnis (V)

Mängel seit der letzten BE behoben			Evaluierungsbereiche			keine Mängel	Mängel vorhanden	erhebl. Mängel	Mängel der/den Tierkategorie(n) zuordnen (Nr. angeben)	Fristsetzung (Datum)
Ja	Nein	tlw.								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Arzneimitteldokumentation/-anwendung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tierschutz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Tiergesundheitsstatus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Hygiene			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Fütterung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Management			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Haltung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Stallklima			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Gesundheitsprogramme			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Aus- und Weiterbildungserfordernisse			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Anmerkungen (nähere Beschreibung der Mängel mit Bezug auf Evaluierungsbereich unter Verwendung des Buchstaben)

Nächste Betriebserhebung (Mindestabstand 2 Monate) 1. Quart. 2. Quart. 3. Quart. 4. Quart. Jahr:

.....
 Unterschrift Tierhalter
 Unterschrift Tierarzt

Bekanntgabe des TGD-Arzneimittelanwenders

bei kurzfristigen Änderungen gem. § 9 Abs. 3 Z 3 TGD-VO 2009

Dieses Formular ist im Behandlungsregister abzulegen.

TGD-Arzneimittelanwender	
Herr / Frau:	_____
	Vorname Nachname
Geburtsdatum:	_____

ist in der Zeit von _____ bis _____

am TGD-Betrieb	
LFBIS-Nr.:	_____
TGD-Tierhalter:	_____
Betriebsadresse:	_____ _____
Name des TGD-Betreuungstierarztes:	_____

- vertraglich beschäftigt oder
- angestellt oder
- familienangehörig als TGD-Arzneimittelanwender tätig.

Die Bestimmungen für Betreuungspersonen im Sinne des § 14 TSchG und die Ausbildungserfordernisse gem. Anhang 4 Art. 1 Z 1 TGD-VO 2009 sind erfüllt.

Unterschrift TGD-Tierhalter

Unterschrift TGD-Arzneimittelanwender

Unterschrift TGD-Betreuungstierarzt

GeflügelDatenVerbund - Mitgliedsstammdatenblatt

Bitte alle weißen Felder ausfüllen! Graue Felder werden von QGV ausgefüllt. Danke!

DVR: 1052110

MGL- Nummer:		Mitglied seit:		LFBIS-Nr.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Betrieb:				EU- Nummer:	
Titel, Vor- Zuname:				Eierpack- stellen-Nr.:	
PLZ, Ort, Straße/Nr				Telefon:	
Geburts- datum:		Vulgo:		Mobil (Handy):	
Home- page:		E-Mail:		Fax:	

<input type="checkbox"/> Bio^{*)}	<input type="checkbox"/> AMA-Gütesiegel^{*)}	<input type="checkbox"/> Eier-EZG^{*)}	<input type="checkbox"/> Alternativ Eier-EZG^{*)}	<input type="checkbox"/> GGÖ^{*)}
--	---	---	--	--

^{*)} Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bankverbindung für **Auszahlungen und Bankeinzüge von der QGV:**

Staat:	BLZ:	Bank:	Umsatzsteueridentifikations-Nr., Angabe nur falls bekannt:
Konto-Nummer:		Konto-Inhaber:	UID- Nummer:

Derzeit bestehende Lieferbeziehungen, soweit für Ihren Betrieb zutreffend (Name und Anschrift bitte angeben!):

Brütereier:	
Junghennenlieferant:	
Schlachtbetrieb:	

Stallnummer:	Stallbezeichnung:	Stallfläche (m²):	Haltungsform	Tieranzahl: (Stallkapazität)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Hofeigene Zufütterung gegeben? <input type="checkbox"/> Ja^{*)} <input type="checkbox"/> Nein^{*)}	Welche Wasserversorgung gemäß Geflügelhygieneverordnung liegt vor? <input type="checkbox"/> Hofeigener Brunnen^{*)} <input type="checkbox"/> Öffentliche Wasserleitung^{*)}
---	--

^{*)} Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ich/Wir erkläre(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift, Stampiglie

BETRIEBSERHEBUNGSDECKBLATT gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F.	
Betrieb: (Name und Anschrift) QGV-Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Betreuungstierarzt: (Name und Anschrift)
LFBIS-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Vet-Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Datum der Betriebserhebung / 20..... **Beginn** Uhr **Ende** Uhr
Tag Monat Jahr

Nächste Betriebserhebung vorgesehen im 20.....
Monat Jahr

Die vorliegende BE erfüllt die jährliche BE-Pflicht gem. TGD-VO. Die jeweilige Geflügelsparte ergibt sich aus dem QGV-Code.

Mitbetreute Tierarten	Tierzahl	Arzneimittelanwendung, Teilnahme an Programmen	
<input type="checkbox"/> Stück	Anwendung von Tierarzneimitteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Stück	Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Stück	Herstellung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Stück	Selbstevaluierung Tierschutz durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja/Jahr:
Teilnahme an folgenden GGD-Programmen: <input type="checkbox"/> Salmonellenbekämpfung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Tierarztvertretung/en:			

Mängel seit der letzten BE behoben	Evaluierungsbereiche	keine Mängel	Mängel vorhanden	erhebl. Mängel	Fristsetzung (Datum)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	a. Arzneimitteldokumentation/-anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	b. Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	c. Tiergesundheitsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	d. Tierschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	e. Fütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	f. Management/Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	g. Stallklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	h. Aus- und Weiterbildungserfordernisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tlw.	i. CC relevante Bestimmungen erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen (nähere Beschreibung der Mängel mit Bezug auf Evaluierungsbereich unter Verwendung des Buchstaben)

Berechtigung zur **Anwendung von TAM u./od. Impfstoffen:** LFI-Ausbildung (mind. 8 Stunden) absolviert am

Berechtigung zur **Herstellung von FAM:** LFI-Ausbildungskurs in Mischtechnik (mind. 5 Stunden) absolviert am

Anerkannte Weiterbildungsstunden absolviert am

.....
 Unterschrift Tierhalter

.....
 Unterschrift Tierarzt

Betriebserhebungsprotokoll – Brüterei	Erhebung Nr.:
--	----------------------

Betrieb: _____ QGV-Code: LFBIS-Nr:

Letzte BE am: _____ Brutkapazität: Vorbrüter: _____ Schlupfbrüter: _____

Checkliste (bei Mängeln in den einzelnen Punkten ist dies bei den Anmerkungen zu erläutern)

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
1.1 Anwendung dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.2 Anwendung laut Therapieanweisung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.3 Inventurliste i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.4 Lagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.5 Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.6 Aufbewahrung Instrumente i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
2. Hygiene					
2.1 Personalschleuse (Vorraum) vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.2 Desinfektionswannen i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.3 Betriebseigenes Schuhwerk u. Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.4 Zutrittsschutz vor betriebsfremden Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.5 Nager-/Ungezieferbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.6 Fliegenbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.7 Fernhalten v. Vögeln/Hunden/Katzen u.a. Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.8 Reinigung/Desinfektion nach Programm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.9 Kadaver-, Brutabfalllagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.10 Hygienevorschriften für Betriebspersonal i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>Bruteihygiene:</u>					
2.11 Bruteibegasung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.12 Brütereitestung durch Betreuungstierarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>Kückenmanagement u. -transport</u>					
2.13 Impfanlage vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.14 Kückenkartons (Einweg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.15 Kückensteigen (Mehrweg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
3. Tiergesundheitsstatus					
3.1 Salmonellenbekämpfungsprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.2 Befunde in GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
Management					
Empfohlene diagnostische Maßnahmen:					
<input type="checkbox"/> Blutproben			<input type="checkbox"/> Antibiogramm		
<input type="checkbox"/> Mekonium/Windel			<input type="checkbox"/> Sektionen		
<input type="checkbox"/> Brutstaub			<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung		
<input type="checkbox"/> Steckenbleiber			<input type="checkbox"/> Wasserprobe		
<input type="checkbox"/> _____					
Empfohlene prophylaktische Maßnahmen:					
Impfprogramme					
<input type="radio"/> Marek	<input type="radio"/>	IB	<input type="radio"/>	TRT	<input type="radio"/>
Andere _____					

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
4. Tierschutz					
4.1 Augenscheinliche Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tierschutz			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
5. Management					
5.1 In GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
6. Brütereitechnik					
6.1 Brutapparate i.O. (keine sichtbaren Schäden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Brütereitechnik			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>

Bei vorangegangenen Betriebserhebungen festgesetzte Mängel wurden fristgerecht behoben: ja nein

Anwendung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied bei AMA (Gütesiegel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied einer Bioorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung / Anwendung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen :	ja	nein	wenn nein, Frist bis:
Modul 3 (Hygiene) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Modul 1 (Impfen) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Modul 2 (Mischtechnik) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]
			Anzahl der Stunden:
Weiterbildung Modul 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Weiterbildung Modul 1+3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Weiterbildung Modul 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]

Nächste Betriebserhebung bis spätestens / (Monat/Jahr)

Datum:200...

.....
 Unterschrift Tierarzt

.....
 Unterschrift Brütereinhaber od. Brutmeister

Betriebserhebungsprotokoll – Elterntieraufzuchtbetrieb	Erhebung Nr.:
---	----------------------

Betrieb: _____ QGV-Code: LFBIS-Nr:

Letzte BE am: _____ Elterntieranzahl: Hennen: _____ Hähne: _____ Stall-Nr.: _____

Checkliste (bei Mängeln in den einzelnen Punkten ist dies bei den Anmerkungen zu erläutern)

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
1.1 Anwendung dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.2 Anwendung laut Therapieanweisung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.3 Lagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.4 Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel	Geringgradige Mängel	Erhebliche Mängel
Arzneimitteldokumentation und -anwendung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hygiene					
2.1 Vorraum vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.2 Desinfektionswanne oder Sperre i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.3 Betriebseigenes Schuhwerk u. Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.4 Zutrittsschutz vor betriebsfremden Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.5 Insekten-/Nager-/Ungezieferbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.6 Fernhalten v. Vögeln/Hunden/Katzen u.a. Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.7 Reinigung/Desinfektion nach jedem Ausstallen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.8 Kadaverlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.9 Hygienevorschriften für Betriebspersonal i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel	Geringgradige Mängel	Erhebliche Mängel
Hygiene			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tiergesundheitsstatus					
3.1 Klinisch frei von Ekto-/Endoparasiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.2 Ernährungszustand o. B.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.3 Atemwegserkrankungen Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.4 Durchfall Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.5 Gelenkserkrankungen Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.6 Kannibalismus Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.7 Salmonellenbekämpfungsprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.8 Andere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
welche: _____					
3.9 Befunde in GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel	Geringgradige Mängel	Erhebliche Mängel
Tiergesundheitsstatus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfohlene diagnostische Maßnahmen:					
<input type="checkbox"/> Blutproben	<input type="checkbox"/> Antibiogramm				
<input type="checkbox"/> Kotproben	<input type="checkbox"/> Sektionen				
<input type="checkbox"/> Tupferproben	<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung				
<input type="checkbox"/> Wasserprobe	<input type="checkbox"/> Futterprobe				
<input type="checkbox"/> Stallklimakontrolle	<input type="checkbox"/> _____				
Empfohlene prophylaktische Maßnahmen					
Impfprogramme					
<input type="radio"/> Marek	<input type="radio"/> IB	<input type="radio"/> Coccidiose			
<input type="radio"/> Gumboro	<input type="radio"/> CAV	<input type="radio"/> ND			
<input type="radio"/> TRT	<input type="radio"/> AE	<input type="radio"/> ILT			
<input type="radio"/> Pocken	<input type="radio"/> Salmonellen				
Andere _____					

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
4. Tierschutz					
4.1 Augenscheinliche Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tierschutz			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
5. Fütterung					
5.1 Futter und Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Fütterung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
6. Management/Haltung					
6.1 Herdenbestandsblatt i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.2 Leistungsdaten vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.3 Stalleinrichtung ohne sichtbare Schäden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.4 Einstreuqualität i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.5 Ausfälle werden täglich entfernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
7. Stallklima					
7.1 Komforttemperatur gegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.2 Allgemeines Stallklima i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.3 Alarmanlage i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Stallklima			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>

Bei vorangegangenen Betriebserhebungen festgesetzte Mängel wurden fristgerecht behoben: ja nein

Anwendung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied bei AMA (Gütesiegel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied einer Bioorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung / Anwendung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen :	ja	nein	wenn nein, Frist bis:
Modul 3 (Hygiene) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Modul 1 (Impfen) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Modul 2 (Mischtechnik) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]
Weiterbildung Modul 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Weiterbildung Modul 1+3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Weiterbildung Modul 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]

Nächste Betriebserhebung bis spätestens / (Monat/Jahr)

Datum:200...

.....
 Unterschrift Tierarzt Unterschrift Tierhalter

Betriebserhebungsprotokoll – Junghennenaufzuchtbetrieb	Erhebung Nr.:
---	----------------------

Betrieb: _____ QGV-Code: LFBIS-Nr:

Letzte BE am: _____ Tieranzahl: _____ Stall-Nr.: _____ Gesamtanzahl: _____

Checkliste (bei Mängeln in den einzelnen Punkten ist dies bei den Anmerkungen zu erläutern)

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
1.1 Anwendung dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.2 Anwendung laut Therapieanweisung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.3 Lagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.4 Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel	Geringgradige Mängel	Erhebliche Mängel
Arzneimitteldokumentation und -anwendung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hygiene					
2.1 Vorraum vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.2 Desinfektionswanne oder Sperre i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.3 Betriebseigenes Schuhwerk u. Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.4 Zutrittsschutz vor betriebsfremden Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.5 Insekten/Nager/Ungezieferbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.6 Fernhalten v. Vögeln/Hunden/Katzen u.a. Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.7 Reinigung/Desinfektion nach jedem Ausstallern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.8 Kadaverlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.9 Hygienevorschriften für Betriebspersonal i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>Bei Bodenhaltung mit Auslauf:</u>					
2.10 Hygienesituation im Auslauf i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel	Geringgradige Mängel	Erhebliche Mängel
Hygiene			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tiergesundheitsstatus					
3.1 Klinisch frei von Ekto-/Endoparasiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.2 Ernährungszustand i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.3 Atemwegserkrankungen Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.4 Durchfall Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.5 Frei von Federpicken u. Kannibalismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.6 Salmonellenbekämpfungsprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.7 Andere Erkrankungen:					
welche: _____					
3.8 Befunde in GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel	Geringgradige Mängel	Erhebliche Mängel
Tiergesundheitsstatus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfohlene diagnostische Maßnahmen:					
<input type="checkbox"/> Blutproben			<input type="checkbox"/> Antibiogramm		
<input type="checkbox"/> Kotproben			<input type="checkbox"/> Sektionen		
<input type="checkbox"/> Tupferproben			<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung		
<input type="checkbox"/> Wasserprobe			<input type="checkbox"/> Futterprobe		
<input type="checkbox"/> Stallklimakontrolle			<input type="checkbox"/> _____		
Befunde vorhanden:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Empfohlene prophylaktische Maßnahmen:					
Impfprogramme					
<input type="radio"/> Marek	<input type="radio"/> IB	<input type="radio"/> Coccidiose			
<input type="radio"/> Gumboro	<input type="radio"/> CAV	<input type="radio"/> ND			
<input type="radio"/> TRT	<input type="radio"/> AE	<input type="radio"/> ILT			
<input type="radio"/> Pocken	<input type="radio"/> Salmonellen				
Andere _____					

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
4. Tierschutz					
4.1 Augenscheinliche Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tierschutz			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
5. Fütterung					
5.1 Futter und Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Fütterung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
6. Management/Haltung					
6.1 Herdenbestandsblatt i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.2 Leistungsdaten vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.3 Stalleinrichtung hat sichtbare Schäden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.4 Einstreuqualität i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.5 Ausfälle werden täglich entfernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
7. Stallklima					
7.1 Komforttemperatur gegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.2 Heizsystem i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.3 Lüftungssystem i. O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.4 Ventilatoren und Regler i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.5 Alarmanlage i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Stallklima			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>

Bei vorangegangenen Betriebserhebungen festgesetzte Mängel

wurden fristgerecht behoben:

ja nein

Anwendung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied bei AMA (Gütesiegel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied einer Bioorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung / Anwendung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anmerkungen :	ja	nein	wenn nein, Frist bis:		
Modul 3 (Hygiene) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Modul 1 (Impfen) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
[Modul 2 (Mischtechnik) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]		
			Anzahl der Stunden		
Weiterbildung Modul 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Weiterbildung Modul 1+3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
[Weiterbildung Modul 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]		

Nächste Betriebserhebung bis spätestens / (Monat/Jahr)

Datum:200...

.....
Unterschrift Tierarzt

.....
Unterschrift Tierhalter

Betriebserhebungsprotokoll – Legehennenbetrieb (Konsumeier)	Erhebung Nr.:
--	----------------------

Betrieb: _____ QGV-Code: LFBIS-Nr:

Letzte BE am: _____ Tieranzahl: _____ Stall-Nr.: _____

Checkliste (bei Mängeln in den einzelnen Punkten ist dies bei den Anmerkungen zu erläutern)

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
1.1 Anwendung dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.2 Anwendung laut Therapieanweisung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.3 Lagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.4 Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
2. Hygiene					
2.1 Vorraum vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.2 Desinfektionswanne oder Sperre i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.3 Betriebseigenes Schuhwerk u. Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.4 Zutrittsschutz vor betriebsfremden Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.5 Insekten-/Nager-/Ungezieferbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.6 Fernhalten v. Vögeln/Hunden/Katzen u.a. Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.7 Reinigung/Desinfektion. nach jedem Ausstallen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.8 Kadaverlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.9 Hygienevorschriften für Betriebspersonal i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>Bei Bodenhaltung mit Auslauf:</u>					
2.10 Hygienesituation im Auslauf i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>Eiersammlung, -sortierung, -lagerung</u>					
2.11 Eiersammeleinrichtung (Bänder etc) i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.12 Sortieranlage i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.13 Eierlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.14 Verpackungsmaterial i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
Hygiene					
3. Tiergesundheitsstatus					
3.1 Klinisch frei von Ekto-/Endoparasiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.2 Ernährungszustand i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.3 Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.4 Durchfall Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.5 Frei von Federpicken und Kannibalismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.6 Salmonellenbekämpfungsprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.7 Andere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
welche: _____					
3.8 Befunde in GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
Tiergesundheitsstatus					
Empfohlene diagnostische Maßnahmen:					
<input type="checkbox"/> Blutproben			<input type="checkbox"/> Antibiogramm		
<input type="checkbox"/> Kotproben			<input type="checkbox"/> Sektionen		
<input type="checkbox"/> Tupferproben			<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung		
<input type="checkbox"/> Wasserprobe			<input type="checkbox"/> Futterproben		
<input type="checkbox"/> Stallklimakontrolle			<input type="checkbox"/> _____		
Empfohlene prophylaktische Maßnahmen:					
Impfprogramme			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> IB	<input type="radio"/> ND				
Andere _____			<input type="radio"/>		

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
4. Tierschutz					
4.1 Augenscheinliche Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tierschutz			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
5. Fütterung					
5.1 Futter und Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Fütterung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
6. Management/Haltung					
6.1 Herdenbestandsblatt i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.2 Leistungsdaten vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.3 Legeleistung _____ %					
6.4 Stalleinrichtung hat sichtbare Schäden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.5 Einstreuqualität i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.6 Ausfälle werden täglich entfernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
7. Stallklima					
7.1 Komforttemperatur gegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.2 Allgemeines Stallklima i. O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.3 Alarmanlage i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Stallklima			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>

Bei vorangegangenen Betriebserhebungen festgesetzte Mängel wurden fristgerecht behoben: ja nein

Anwendung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied bei AMA (Gütesiegel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied einer Bioorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung / Anwendung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anmerkungen :	ja	nein	wenn nein, Frist bis:		
Modul 3 (Hygiene) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Modul 1 (Impfen) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
[Modul 2 (Mischtechnik) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]		
			Anzahl der Stunden		
Weiterbildung Modul 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Weiterbildung Modul 1+3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
[Weiterbildung Modul 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]		

Nächste Betriebserhebung bis spätestens / (Monat/Jahr)

Datum:200...

.....
Unterschrift Tierarzt

.....
Unterschrift Tierhalter

Betriebserhebungsprotokoll – Hühner oder Putenmastbetrieb	Erhebung Nr.:
--	----------------------

Betrieb: _____ QGV-Code: LFBIS-Nr:

Letzte Betriebserhebung am: _____ Tieranzahl: _____ Stall-Nr.: _____ Gesamtanzahl: _____

Checkliste (bei Mängeln in den einzelnen Punkten ist dies bei den Anmerkungen zu erläutern)

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
1.1 Anwendung dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.2 Anwendung laut Therapieanweisung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.3 Lagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.4 Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Arzneimitteldokumentation und -anwendung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
2. Hygiene					
2.1 Vorraum vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.2 Desinfektionswanne- oder Sperre i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.3 Betriebseigenes Schuhwerk u. Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.4 Zutrittsschutz vor betriebsfremden Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.5 Insekten/Nager/Ungezieferbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.6 Fernhalten v. Vögeln/Hunden/Katzen u.a. Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.7 Reinigung/Desinfektion nach jedem Ausstallern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.8 Kadaverlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.9 Hygienevorschriften für Betriebspersonal i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.10 Gebäudeinstandhaltung u. Vorplatz i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>Bei Bodenhaltung mit Auslauf:</u>					
2.11 Hygienesituation im Auslauf i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Hygiene			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
3. Tiergesundheitsstatus					
3.1 Ernährungszustand o. B.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.2 Atemwegserkrankungen Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.3 Durchfall Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.4 Kannibalismus Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.5 Salmonellenbekämpfungsprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.6 Andere Erkrankungen: welche: _____					
3.7 Befunde in GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tiergesundheitsstatus			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
Empfohlene diagnostische Maßnahmen:					
<input type="checkbox"/> Blutproben			<input type="checkbox"/> Antibiogramm		
<input type="checkbox"/> Kotproben			<input type="checkbox"/> Sektionen		
<input type="checkbox"/> Tupferproben			<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung		
<input type="checkbox"/> Wasserprobe			<input type="checkbox"/> Futterproben		
<input type="checkbox"/> Stallklimakontrolle			<input type="checkbox"/> _____		
Empfohlene prophylaktische Maßnahmen					
Impfprogramme					
<input type="radio"/> Marek	<input type="radio"/>	IB	<input type="radio"/>	Coccidiose	
<input type="radio"/> Gumboro	<input type="radio"/>	ND	<input type="radio"/>	TRT	<input type="radio"/>
Andere _____			<input type="radio"/>	HE	

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
4. Tierschutz					
4.1 Augenscheinliche Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tierschutz			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
5. Fütterung					
5.1 Futter und Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Fütterung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
6. Management/Haltung					
6.1 Herdenbestandsblatt i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.2 Ausfälle werden täglich entfernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.3 Stalleinrichtung hat sichtbaren Schäden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.4 Einstreuqualität i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management/Haltung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
7. Stallklima					
7.1 Komforttemperatur gegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.2 Allgemeines Stallklima i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.3 Alarmanlage i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Stallklima			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>

Bei vorangegangenen Betriebserhebungen festgesetzte Mängel wurden fristgerecht behoben: ja nein

Anwendung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied bei AMA (Gütesiegel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied einer Bioorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung / Anwendung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anmerkungen :	ja	nein	wenn nein, Frist bis:		
Modul 3 (Hygiene) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Modul 1 (Impfen) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
[Modul 2 (Mischtechnik) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]		
			Anzahl der Stunden		
Weiterbildung Modul 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Weiterbildung Modul 1+3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
[Weiterbildung Modul 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]		

Nächste Betriebserhebung bis spätestens / (Monat/Jahr)

Datum:200...

.....
 Unterschrift Tierarzt Unterschrift Tierhalter

Betriebserhebungsprotokoll – Elterntier-Legebetrieb	Erhebung Nr.:
--	----------------------

Betrieb: _____ QGV-Code: LFBIS-Nr:

Letzte BE am: _____ Elterntieranzahl: Hennen: _____ Hähne: _____ Stall-Nr.: _____

Checkliste (bei Mängeln in den einzelnen Punkten ist dies bei den Anmerkungen zu erläutern)

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
1.1 Anwendung dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.2 Anwendung laut Therapieanweisung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.3 Lagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.4 Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Arzneimitteldokumentation und -anwendung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
2. Hygiene					
2.1 Vorraum vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.2 Desinfektionswanne oder Sperre i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.3 Betriebseigenes Schuhwerk u. Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.4 Zutrittsschutz vor betriebsfremden Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.5 Insekten-/Nager-/Ungezieferbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.6 Fernhalten v. Vögeln/Hunden/Katzen u.a. Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.7 Reinigung/Desinfektion nach jedem Ausstallern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.8 Kadaverlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.9 Hygienevorschriften für Betriebspersonal i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Hygiene			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
3. Tiergesundheitsstatus					
3.1 Klinisch frei von Ekto-/Endoparasiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.2 Ernährungszustand o. B.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.3 Atemwegserkrankungen Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.4 Durchfall Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.5 Gelenkserkrankungen Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.6 Kannibalismus Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.7 Salmonellenbekämpfungsprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.8 Andere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
welche: _____					
3.9 Befunde in GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tiergesundheitsstatus			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
Empfohlene diagnostische Maßnahmen:					
<input type="checkbox"/> Blutproben	<input type="checkbox"/> Antibiogramm				
<input type="checkbox"/> Kotproben	<input type="checkbox"/> Sektionen				
<input type="checkbox"/> Tupferproben	<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung				
<input type="checkbox"/> Wasserprobe	<input type="checkbox"/> Futterprobe				
<input type="checkbox"/> Stallklimakontrolle	<input type="checkbox"/> _____				
Empfohlene prophylaktische Maßnahmen					
Impfprogramme					
<input type="radio"/> Marek	<input type="radio"/> IB	<input type="radio"/> Coccidiose			
<input type="radio"/> Gumboro	<input type="radio"/> CAV	<input type="radio"/> ND			
<input type="radio"/> TRT	<input type="radio"/> AE	<input type="radio"/> ILT			
<input type="radio"/> Pocken	<input type="radio"/> Salmonellen				
Andere _____					

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
4. Tierschutz					
4.1 Augenscheinliche Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tierschutz			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
5. Fütterung					
5.1 Futter und Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Fütterung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
6. Management/Haltung					
6.1 Herdenbestandsblatt i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.2 Leistungsdaten vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.3 Stalleinrichtung ohne sichtbare Schäden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.4 Einstreuqualität i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
6.5 Ausfälle werden täglich entfernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
7. Stallklima					
7.1 Komforttemperatur gegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.2 Allgemeines Stallklima i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7.3 Alarmanlage i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Stallklima			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>

Bei vorangegangenen Betriebserhebungen festgesetzte Mängel wurden fristgerecht behoben: ja nein

Anwendung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied bei AMA (Gütesiegel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied einer Bioorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung / Anwendung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen :	ja	nein	wenn nein, Frist bis:
Modul 3 (Hygiene) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Modul 1 (Impfen) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Modul 2 (Mischtechnik) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]
Weiterbildung Modul 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Weiterbildung Modul 1 + 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Weiterbildung Modul 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]

Nächste Betriebserhebung bis spätestens / (Monat/Jahr)

Datum:200...

.....
Unterschrift Tierarzt

.....
Unterschrift Tierhalter

Betriebserhebungsprotokoll-<u>Gemischter Rinderbetrieb</u>	Erhebung Nr./Jahr:	<u> /20</u>
---	---------------------------	-------------

LFBISNr:

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum der Erhebung

Name Tierhalter

Name Tierarzt

Anzahl Kälber

--

Anzahl Kalbinnen

--

Anzahl Kühe

--

Anzahl Masttiere

--

Ja Nein

Ja Nein

Pkt. 1 bis 3 sind bei jeder Betriebserhebung nachweislich zu überprüfen

- 1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung**
- 1.1. Betriebsregister vorhanden Ja Nein
 - 1.2. Anwendung lt. Therapieanweisung dokum. Ja Nein
 - 1.3. Anwendungstechnik i.O. Ja Nein
 - 1.4. Lagerung der Medikamente/Instrumente i.O. Ja Nein
 - 1.5. Kennzeichnung behandelter Tiere Ja Nein

- 2. Tierschutz**
- 2.1. keine schwerwiegenden Verstöße Ja Nein
 - 2.2. keine augenscheinlichen Mängel Ja Nein

3. Tiergesundheitsstatus

„x“ steht für Mängel vorhanden	Kalb	Aufz	Milch	Mast
3.1. Atemwegserkrankungen				
3.2. Fruchtbarkeitsstörungen				
3.3. Eutererkrankungen				
3.4. Stoffwechselerkrankungen				
3.5. Technopathien				
3.6. Bewegungsapparat				
3.7. Durchfallerkrankungen				
3.8. Ektoparasiten				
3.9. Hautveränderungen				
3.10. Ernährungszustand				
3.11. Andere:				

- 4. Hygiene**
- 4.1. Schutzkleidung für betriebsfr. Personen Ja Nein
 - 4.2. Nager/Ungeziefer/Fliegenbekämpfung i.O. Ja Nein
 - 4.3. keine Hygieneprobleme durch sonstige Tiere Ja Nein
 - 4.4. Reinigung/Desinf./Kalkung ausreichend Ja Nein
 - 4.5. Absonderung kranker Tiere möglich Ja Nein
 - 4.6. kontrollierter Tierzukauf Ja Nein
 - 4.7. Quarantäne vorhanden Ja Nein

5. Fütterung wurde kontrolliert Ja Nein

„x“ steht für Mängel vorhanden	Kalb	Aufz	Milch	Mast
5.1. Futterlagerung				
5.2. Fütterungshygiene				
5.3. Wasserversorgung				
5.4. Fütterungsmanagement				
5.5. Andere:				

6. Management wurde kontrolliert Ja Nein

„x“ steht für Mängel vorhanden	Kalb	Aufz	Milch	Mast
6.1. Rein/Raus/kontinuierlich				
6.2. Leistungsdaten vorhanden				
6.3. Beurteilung der Leistungsdaten				
6.4. Abweichungen vom Normwert				
6.5. Ernährungszustand				
6.6. Klauengesundheit				
6.7. Andere:				

7. Haltung wurde kontrolliert Ja Nein

„x“ steht für Mängel vorhanden	Kalb	Aufz	Milch	Mast
7.1. sichtbare Schäden Aufstallung				
7.2. sichtbare Schäden Boden				
7.3. Belegdichte/Platzangebot				
7.4. Tier/Freßplatzverhältnis				
7.5. Lichtverhältnisse				
7.6. Baumängel				
7.7. Andere:				

8. Stallklima wurde kontrolliert Ja Nein

„x“ steht für Mängel vorhanden	Kalb	Aufz	Milch	Mast
8.1. Temperatur/Luftfeuchtigkeit/Zug				
8.2. Schadgase				
8.3. Lüftungsanlage				
8.4. Andere:				

9. Gesundheitsprogramme wurde kontrolliert Ja Nein

„x“ steht für wird durchgeführt	Kalb	Aufz	Milch	Mast
9.1. Einstellungsbehandlung				
9.2. Ektoparasitenbekämpfung				
9.3. Entwurmung				
9.4. Impfprogramme				
9.5. Andere:				

Anmerkungen (z.B. Mängel, Beratungsbedarf, Handlungsplan)

Empfohlene diagnostische Maßnahmen:

- Blutproben Milchproben Kotproben Harnproben Hautgesch Sektionen Futterprobe Tupferproben

Unterschrift Landwirt

Unterschrift Tierarzt

Betriebserhebungsprotokoll-Rindermastbetrieb

Erhebung Nr./Jahr: _____

___/20__

LFBISNr: | | | | | | | |

Anzahl der Masttiere: _____

Datum der Erhebung

Name Tierhalter

Name Tierarzt

Pkt. 1 bis 3 sind bei jeder Betriebserhebung nachweislich zu überprüfen

	Ja	Nein		Ja	Nein
<u>1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung</u>			6.3. Leistungsdaten vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.1. Betriebsregister vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.1. Mastdauer	_____	_____
1.2. Anwendung lt. Therapieanweisung dokum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.2. Tgl LM Zunahmen	_____	_____
1.3. Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.3. Klassifizierungsergebnisse	_____	_____
1.4. Lagerung der Medikamente/Instrumente i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.4. Todesfälle absolut	_____	_____
1.5. Kennzeichnung behandelter Tiere i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.5. Mastanfangsgewicht	_____	_____
<u>2. Tierschutz</u>			6.3.6. Mastendgewicht	_____	_____
2.1. keine schwerwiegenden Verstöße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Haltung wurde kontrolliert <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
2.2. keine augenscheinlichen Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	„x“ steht für Mängel vorhanden		
<u>3. Tiergesundheitsstatus</u>			Kälber	Mast	
3.1. Nabelerkrankungen kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.1. sichtbare Schäden Aufstallung		
3.2. Atemwegserkr. kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.2. sichtbare Schäden Boden		
3.3. Stoffwechselerkr. kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.3. Belegdichte/Platzangebot		
3.4. Technopathien kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.4. Tier/Freßplatzverhältnis		
3.5. Bewegungsapparat, kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.5. Lichtverhältnisse		
3.6. Durchfallerkr. kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.6. Baumängel		
3.7. Ektoparasiten kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.7. Andere:		
3.8. Hautveränderungen (Trich.) kein Bestprobl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.9. Ernährungszustand kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.10. Andere Erkrankungen kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn nein welche:			8. Stallklima wurde kontrolliert <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
			„x“ steht für Mängel vorhanden		
<u>4. Hygiene</u>			Kälber	Mast	
4.1. Schutzkleidung für betriebsfr. Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.1. Temperatur/Luftfeuchtigkeit/Zug		
4.2. Nager/Ungeziefer/Fliegenbekämpfung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2. Schadgase		
4.3. keine Hygieneprobleme durch sonstige Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.3. Lüftungsanlage		
4.4. Reinigung/Desinf./Kalkung ausreichend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.4. Andere:		
4.5. Absonderung kranker Tiere möglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.6. kontrollierter Tierzukauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4.7. Quarantäne vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>5. Fütterung</u>			9. Gesundheitsprogramme		
5.1. Futterlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1. Impfprogramme		
5.2. Fütterungshygiene i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	o Rota o Corona o E. coli		
5.3. Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	o RSV o Parainfl o andere:		
5.4. Fütterungsmanagement i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.2. Einstillungsbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.5. Fütterung Kälber i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.3. Entwurmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>6. Management</u>			9.4. Ektoparasitenbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1. Rein/Raus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.5. Klauenbäder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2. kontinuierlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.6. Andere Programme; wenn ja, welche:		

Anmerkungen (z.B. Mängel, Beratungsbedarf, Handlungsplan)

Empfohlene diagnostische Maßnahmen:

- Blutproben Kotproben Harnproben Hautgesch Sektionen Futterprobe Tupferproben

Betriebserhebungsprotokoll-<u>Milchviehbetrieb</u>	Erhebung Nr./Jahr:	___/20__
---	---------------------------	----------

LFBISNr:

--	--	--	--	--	--	--

 Anzahl Milchkühe: _____ Datum der Erhebung

Name Tierhalter Name Tierarzt

Pkt. 1 bis 3 sind bei jeder Betriebserhebung nachweislich zu überprüfen

		Ja	Nein			Ja	Nein																																
<u>1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung</u>				6.2.5. Anzahl akuter Mastitiden/Jahr _____																																			
1.1. Betriebsregister vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.2.6. Anzahl chronischer Mastitiden/Jahr _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
1.2. Anwendung lt. Therapieanweisung dokum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>6.3. Ernährungszustand</u>																																			
1.3. Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.1. bei Kälbern i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
1.4. Lagerung der Medikamente/Instrumente i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.2. bei Kalbinnen i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
1.5. Kennzeichnung behandelter Tiere i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.3. bei frischlaktierenden Kühen i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
<u>2. Tierschutz</u>				6.3.4. in der Hochlaktation (6 Wo p.p.) i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
2.1. keine schwerwiegenden Verstöße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3.5. bei trockenstehenden Kühen i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
2.2. keine augenscheinlichen Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>6.4. Klauengesundheit</u>																																			
<u>3. Tiergesundheitsstatus</u>				6.4.1. Klauenpflege i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
3.1. Atemwegserkr. kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.4.2. Klauengesundheit i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
3.2. Fruchtbarkeitsstörung kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>6.5. Abgänge</u>																																			
3.3. Eutererkrankungen kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.5.1. Zahl der Abgänge pro Jahr _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
3.4. Stoffwechselerkr. kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.5.2. krankheitsbedingte Abgänge pro Jahr _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
3.5. Technopathien kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.5.3. Abgangsursachen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
3.6. Bewegungsapparat kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<u>7. Haltung</u> wurde kontrolliert <input type="radio"/> <input type="radio"/>																																			
3.7. Durchfallerkr. kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	„x“ steht für Mängel vorhanden																																			
3.8. Ektoparasiten kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kälber</th> <th>Kalbin</th> <th>Kühe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>7.1. sichtbare Schäden Aufstallung</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.2. sichtbare Schäden Boden</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.3. Belegdichte/Platzangebot</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.4. Tier/Freßplatzverhältnis</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.5. Lichtverhältnisse</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.6. Baumängel</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.7. Andere:</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					Kälber	Kalbin	Kühe	7.1. sichtbare Schäden Aufstallung				7.2. sichtbare Schäden Boden				7.3. Belegdichte/Platzangebot				7.4. Tier/Freßplatzverhältnis				7.5. Lichtverhältnisse				7.6. Baumängel				7.7. Andere:			
	Kälber	Kalbin	Kühe																																				
7.1. sichtbare Schäden Aufstallung																																							
7.2. sichtbare Schäden Boden																																							
7.3. Belegdichte/Platzangebot																																							
7.4. Tier/Freßplatzverhältnis																																							
7.5. Lichtverhältnisse																																							
7.6. Baumängel																																							
7.7. Andere:																																							
3.9. Hautveränderungen (Trich.) kein Bestprobl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
3.10. Ernährungszustand kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
3.11. Kälberkrankheiten kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
3.12. Nabelerkrankungen kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
3.13. Andere Erkrankungen kein Bestandsprobl. Wenn nein welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
<u>4. Hygiene</u>				<u>8. Stallklima</u> wurde kontrolliert <input type="radio"/> <input type="radio"/>																																			
4.1. Schutzbekleidung für betriebsfr. Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	„x“ steht für Mängel vorhanden																																			
4.2. Nager/Ungeziefer/Fliegenbekämpfung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kälber</th> <th>Kalbin</th> <th>Kühe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>8.1. Temperatur/Luftfeuchtigkeit/Zug</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.2. Schadgase</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.3. Lüftungsanlage</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.4. Andere:</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					Kälber	Kalbin	Kühe	8.1. Temperatur/Luftfeuchtigkeit/Zug				8.2. Schadgase				8.3. Lüftungsanlage				8.4. Andere:															
	Kälber	Kalbin	Kühe																																				
8.1. Temperatur/Luftfeuchtigkeit/Zug																																							
8.2. Schadgase																																							
8.3. Lüftungsanlage																																							
8.4. Andere:																																							
4.3. keine Hygieneprobleme durch sonstige Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
4.4. Reinigung/Desinf./Kalkung ausreichend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
4.5. Absonderung kranker Tiere möglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
4.6. kontrollierter Tierzukauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
<u>5. Fütterung</u>				<u>9. Gesundheitsprogramme</u>																																			
5.1. Futterlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.1. Impfprogramme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
5.2. Fütterungshygiene i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	o Rota o Corona o E. coli																																			
5.3. Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	o RSV o Parainfl o andere:																																			
5.4. Fütterungsmanagement i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.2. Ektoparasitenbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
<u>6. Management</u>				9.3. Entwurmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
6.1. Fruchtbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.4. Klauenbäder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
6.1.1. Abkalbung ohne Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.5. Andere Programme; wenn ja, welche:																																			
6.1.2. Abortus kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
6.1.3. Puerperale Erkrankungen kein Bestandspr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
6.2. Eutergesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
6.2.1. Rohmilchqualität (S-Klasse) wird erreicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
6.2.2. Euterhygieneprogramm wird durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
6.2.3. Melkanlage wird regelmäßig überprüft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				
6.2.4. Zitzenverletzung kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																				

Anmerkungen (z.B. Mängel, Beratungsbedarf, Handlungsplan)

Empfohlene diagnostische Maßnahmen:

- Blutproben Milchproben Kotproben Harnproben Hautgesch Sektionen Futterprobe Tupferproben

Betriebserhebungsprotokoll-<u>Schafbetrieb</u>	Erhebung Nr./Jahr: _____	_____/20__
---	---------------------------------	------------

LFBISNr:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Datum der Erhebung

Name Tierhalter Name Tierarzt

Anzahl Lämmer

--

 Anzahl Mutterschafe

--

 Anzahl Widder

--

 Rasse

--

Pkt. 1 bis 3 sind bei jeder Betriebserhebung nachweislich zu überprüfen

1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung

- 1.1. Betriebsregister vorhanden Ja Nein
- 1.2. Anwendung lt. Therapieanweisung dokum. Ja Nein
- 1.3. Anwendungstechnik i.O. Ja Nein
- 1.4. Lagerung der Medikamente/Instrumente i.O. Ja Nein
- 1.5. Kennzeichnung behandelter Tiere Ja Nein

2. Tierschutz

- 2.1. keine schwerwiegenden Verstöße Ja Nein
- 2.2. keine augenscheinlichen Mängel Ja Nein

3. Tiergesundheitsstatus

- 3.1. Atemwegserkr. kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.2. Fruchtbarkeitsstörung kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.3. Eutererkrankungen kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.4. Trächtigkeitstoxikose kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.5. Moderhinke kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.6. Durchfallerkr. kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.7. Ektoparasiten kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.8. Hautveränderungen (Lippengrind) kein Bestprobl Ja Nein
 - 3.9. Ernährungszustand kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.10. Andere Erkrankungen kein Bestandsprobl. Ja Nein
- Wenn nein welche:

4. Hygiene

- 4.1. Schutzbekleidung für betriebsfremde Personen Ja Nein
- 4.2. Nager/Ungeziefer/Fliegenbekämpfung i.O. Ja Nein
- 4.3. keine Hygieneprobleme durch sonstige Tiere Ja Nein
- 4.4. Reinigung/Desinf./Kalkung ausreichend Ja Nein
- 4.5. Absonderung kranker Tiere möglich Ja Nein
- 4.6. kontrollierter Tierzukauf Ja Nein
- 4.7. Quarantäne vorhanden Ja Nein
- 4.8. Trennung Rinder und Schafe (BKF) ausreichend Ja Nein

5. Fütterung

wurde kontrolliert Ja Nein

Lamm (La), Jährling (Jä), Mutterschaf (Mu), Widder (Wi)

„x“ steht für Mängel vorhanden

	La	Jä	Mu	Wi
5.1. Futterlagerung				
5.2. Fütterungshygiene				
5.3. Wasserversorgung				
5.4. Fütterungsmanagement				
5.5. Andere:				

6. Management

- 6.1. Fruchtbarkeit**
- 6.1.1. Ablammung ohne Probleme Ja Nein
 - 6.1.2. Abortus kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 6.1.3. Puerperale Erkrankungen kein Bestandsspr. Ja Nein

6.2. Eutergesundheit

- 6.2.1. Rohmilchqualität (Keim- und Zellzahl) i.O. Ja Nein
- 6.2.2. Euterhygieneprogramm wird durchgeführt Ja Nein
- 6.2.3. Melkanlage wird regelmäßig überprüft Ja Nein
- 6.2.4. Anzahl akuter Mastitiden/Jahr _____
- 6.2.5. Anzahl chronischer Mastitiden/Jahr _____

6.3. Ernährungszustand

- 6.3.1. bei Lämmer i.O. Ja Nein
- 6.3.2. bei Mutterschafen i.O. Ja Nein
- 6.3.3. bei Widder i.O. Ja Nein

6.4. Klauengesundheit

- 6.4.1. Klauenpflege i.O. Ja Nein
- 6.4.2. Klauengesundheit i.O. Ja Nein

6.5. Abgänge

- 6.5.1. Zahl der Abgänge pro Jahr _____
- 6.5.2. krankheitsbedingte Abgänge pro Jahr _____
- 6.5.3. Abgangsursachen:

7. Haltung

wurde kontrolliert Ja Nein

Lamm (La), Jährling (Jä), Mutterschaf (Mu), Widder (Wi)

„x“ steht für Mängel vorhanden

	La	Jä	Mu	Wi
7.1. sichtbare Schäden Aufstallung				
7.2. sichtbare Schäden Boden				
7.3. Belegdichte/Platzangebot				
7.4. Tier/Freßplatzverhältnis				
7.5. Lichtverhältnisse				
7.6. Baumängel				
7.7. Andere:				

8. Stallklima

wurde kontrolliert Ja Nein

Lamm (La), Jährling (Jä), Mutterschaf (Mu), Widder (Wi)

„x“ steht für Mängel vorhanden

	La	Jä	Mu	Wi
8.1. Temperatur/Luftfeuchtigkeit/Zug				
8.2. Schadgase				
8.3. Andere:				

9. Gesundheitsprogramme

- 9.1. Entwurmung Ja Nein
- 9.3. Ektoparasitenbehandlung Ja Nein
- 9.4. Klauenbäder Ja Nein
- 9.5. Andere Programme; wenn ja, welche:

Anmerkungen (z.B. Mängel, Beratungsbedarf, Handlungsplan)

Empfohlene diagnostische Maßnahmen:

- Blutproben Milchproben Kotproben Harnproben Hautgesch Sektionen Futterprobe Tupferproben

Betriebserhebungsprotokoll-<u>Ziegenbetrieb</u>	Erhebung Nr./Jahr:	___/20__
--	---------------------------	----------

LFBISNr: | | | | | | | | Datum der Erhebung

Name Tierhalter Name Tierarzt

Anzahl Mutterziegen | | | Anzahl Zicklein | | | Anzahl Böcke | | | Rasse | | |

Pkt. 1 bis 3 sind bei jeder Betriebserhebung nachweislich zu überprüfen

- 1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung**
- 1.1. Betriebsregister vorhanden Ja Nein
 - 1.2. Anwendung lt. Therapieanweisung dokum. Ja Nein
 - 1.3. Anwendungstechnik i.O. Ja Nein
 - 1.4. Lagerung der Medikamente/Instrumente i.O. Ja Nein
 - 1.5. Kennzeichnung behandelter Tiere Ja Nein

- 2. Tierschutz**
- 2.1. keine schwerwiegenden Verstöße Ja Nein
 - 2.2. keine augenscheinlichen Mängel Ja Nein

- 3. Tiergesundheitsstatus**
- 3.1. Atemwegserkr. kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.2. Fruchtbarkeitsstörung kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.3. Eutererkrankungen kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.4. Trächtigkeitstoxikose kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.5. Durchfallerkr. kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.6. Ektoparasiten kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.7. Hautveränderungen kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.8. Ernährungszustand kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.9. Andere Erkrankungen kein Bestandsprobl. Ja Nein
- Wenn nein welche:

- 4. Hygiene**
- 4.1. Schutzbekleidung für betriebsfremde Personen Ja Nein
 - 4.2. Nager/Ungeziefer/Fliegenbekämpfung i.O. Ja Nein
 - 4.3. keine Hygieneprobleme durch sonstige Tiere Ja Nein
 - 4.4. Reinigung/Desinf./Kalkung ausreichend Ja Nein
 - 4.5. Absonderung kranker Tiere möglich Ja Nein
 - 4.6. kontrollierter Tierzukauf Ja Nein
 - 4.7. Quarantäne vorhanden Ja Nein

5. Fütterung wurde kontrolliert Ja Nein

Zicklein (Zi), Mutterziege (Mu), Bock (Bo)

„x“ steht für Mängel vorhanden

	Zi	Mu	Bo
5.1. Futterlagerung			
5.2. Fütterungshygiene			
5.3. Wasserversorgung			
5.4. Fütterungsmanagement			
5.5. Andere:			

- 6. Management**
- 6.1. Fruchtbarkeit**
- 6.1.1. Ablammung ohne Probleme Ja Nein
 - 6.1.2. Abortus kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 6.1.3. Puerperale Erkrankungen kein Bestandspr. Ja Nein

- 6.2. Eutergesundheit**
- 6.2.1. Rohmilchqualität (Keim- und Zellzahl) i.O. Ja Nein
 - 6.2.2. Euterhygieneprogramm wird durchgeführt Ja Nein
 - 6.2.3. Melkanlage wird regelmäßig überprüft Ja Nein
 - 6.2.4. Anzahl akuter Mastitiden/Jahr _____
 - 6.2.5. Anzahl chronischer Mastitiden/Jahr _____

- 6.3. Ernährungszustand**
- 6.3.1. bei Zicklein i.O. Ja Nein
 - 6.3.2. bei Mutterziegen i.O. Ja Nein
 - 6.3.3. bei Böcken i.O. Ja Nein

- 6.4. Klauengesundheit**
- 6.4.1. Klauenpflege i.O. Ja Nein
 - 6.4.2. Klauengesundheit i.O. Ja Nein

- 6.5. Abgänge**
- 6.5.1. Zahl der Abgänge pro Jahr _____
 - 6.5.2. krankheitsbedingte Abgänge pro Jahr _____
 - 6.5.3. Abgangsursachen: _____

7. Haltung wurde kontrolliert Ja Nein

Zicklein (Zi), Mutterziege (Mu), Bock (Bo)

„x“ steht für Mängel vorhanden

	Zi	Mu	Bo
7.1. sichtbare Schäden Aufstallung			
7.2. sichtbare Schäden Boden			
7.3. Belegdichte/Platzangebot			
7.4. Tier/Freßplatzverhältnis			
7.5. Lichtverhältnisse			
7.6. Baumängel			
7.7. Andere:			

8. Stallklima wurde kontrolliert Ja Nein

Zicklein (Zi), Mutterziege (Mu), Bock (Bo)

„x“ steht für Mängel vorhanden

	Zi	Mu	Bo
8.1. Temperatur/Luftfeuchtigkeit/Zug			
8.2. Schadgase			
8.3. Andere:			

- 9. Gesundheitsprogramme**
- 9.1. Entwurmung Ja Nein
 - 9.2. Ektoparasitenbehandlung Ja Nein
 - 9.3. Klauenbäder Ja Nein
 - 9.4. Andere Programme; wenn ja, welche: _____

Anmerkungen (z.B. Mängel, Beratungsbedarf, Handlungsplan)

Empfohlene diagnostische Maßnahmen:
 Blutproben Milchproben Kotproben Harnproben Hautgesch Sektionen Futterprobe Tupferproben

Betriebserhebungsprotokoll-<u>Schweinemastbetrieb</u>	Erhebung Nr./Jahr: _____	____/20__
--	---------------------------------	-----------

LFBISNr:

--	--	--	--	--	--

 Anzahl der Mastplätze: _____ Datum der Erhebung

Name Tierhalter Name Tierarzt

Pkt. 1 bis 3 sind bei jeder Betriebserhebung nachweislich zu überprüfen

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung			5. Fütterung		
1.1. Betriebsregister vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.1. Futterlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2. Anwendung lt. Therapieanweisung dokum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2. Fütterungshygiene i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3. Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.3. Wasserversorgung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4. Lagerung der Medikamente/Instrumente i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Management		
1.5. Kennzeichnung behandelter Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.1. Rein/Raus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tierschutz			6.2. kontinuierlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1. keine schwerwiegenden Verstöße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.3. Leistungsdaten vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. keine augenscheinlichen Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.4. Ausfälle kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tiergesundheitsstatus			7. Haltung		
3.1. Klinisch frei von Ektoparasiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.1. keine sichtbaren Schäden bei der Aufstallung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Klinisch frei von PAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.2. keine sichtbaren Schäden beim Boden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Atemwegserkr. kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.3. Belegdichte i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Durchfall kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.4. Tier/Fressplatzverhältnis i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5. Ödemerkrankung kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.5. Tier/Tränkerverhältnis i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6. Kümmerer kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Stallklima		
3.7. Gelenkerkrankungen kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.1. Komforttemperatur gegeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8. Kannibalismus kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.2. Lüftungssystem i. O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9. Technopathien kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.3. Alarmanlage bei Zwangslüftung vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10. Abszesse kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.4. Notlüftungssystem bei Zwangsl. vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11. Andere Erkrankungen kein Bestandsproblem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Gesundheitsprogramme		
Wenn nein, welche:			9.1. Impfprogramme		
4. Hygiene			<input type="radio"/> Mykoplasmen <input type="radio"/> Influenza		
4.1. Umkleiraum vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Andere Gesundheitsprogramme		
4.2. Betriebseigene Kleidung vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche:		
4.3. Nager/Ungeziefer/Fliegenbekämpfung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.2. Einstallungsbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4. keine Hygieneprobleme durch sonstige Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.3. Ektoparasitenbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5. Reinigung/Desinf. nach jedem Ausstall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.4. Entwurmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6. Absonderung kranker Tiere möglich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9.5. Andere Programme; wenn ja, welche:		
4.7. Kadaverlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Anmerkungen (z.B. Mängel, Beratungsbedarf, Handlungsplan)

Empfohlene diagnostische Maßnahmen:

- Blutproben Kotproben Harnproben Hautgesch Sektionen Futterprobe Tupferproben

Betriebserhebungsprotokoll-<u>Schweinezuchtbetrieb</u>	Erhebung Nr./Jahr:	___/20__
---	---------------------------	----------

LFBISNr:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Anzahl der Zuchtsauen: _____ Datum der Erhebung

Name Tierhalter Name Tierarzt

Ja Nein

Ja Nein

Pkt. 1 bis 3 sind bei jeder Betriebserhebung nachweislich zu überprüfen

1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung

- 1.1. Betriebsregister vorhanden Ja Nein
- 1.2. Anwendung lt. Therapieanweisung dokum. Ja Nein
- 1.3. Anwendungstechnik i.O. Ja Nein
- 1.4. Lagerung der Medikamente/Instrumente i.O. Ja Nein
- 1.5. Kennzeichnung behandelter Tiere i.O. Ja Nein

2. Tierschutz

- 2.1. keine schwerwiegenden Verstöße Ja Nein
- 2.2. keine augenscheinlichen Mängel Ja Nein

3. Tiergesundheitsstatus

Saugferkel (SF), Aufzuchtferkel (AF) und Zuchtsauen (ZS)

„x“ steht für Mängel vorhanden	SF	AF	ZS
3.1. Atemwegsprobleme			
3.2. Technopathien			
3.3. Durchfall			
3.4. Gelenkerkrankungen			
3.5. Abszesse			
3.6. Ektoparasiten			
3.7. Ernährungszustand			

- 3.8. Klinisch frei von PAR (Rhinitis atrophicans) Ja Nein
 - 3.9. MMA kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.10. Scheidenausfluss kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.11. Stallklauen kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.12. Ödemerkrankung kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.13. Kümmerer kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.14. Kannibalismus kein Bestandsproblem Ja Nein
 - 3.15. Andere Erkrankungen kein Bestandsproblem Ja Nein
- Wenn nein, welche:

4. Hygiene

- 4.1. Umkleieraum vorhanden Ja Nein
- 4.2. Betriebseigene Kleidung vorhanden Ja Nein
- 4.3. Nager/Ungeziefer/Fliegenbekämpfung i.O. Ja Nein
- 4.4. keine Hygieneprobleme durch sonstige Tiere Ja Nein
- 4.5. Reinigung/Desinf. nach jedem Ausstallen Ja Nein
- 4.6. Absonderung kranker Tiere möglich Ja Nein
- 4.7. Quarantänestall vorhanden Ja Nein
- 4.8. Kadaverlagerung i.O.. Ja Nein

5. Fütterung

wurde kontrolliert Ja Nein

Saugferkel (SF), Aufzuchtferkel (AF) und Zuchtsauen (ZS)

„x“ steht für Mängel vorhanden	SF	AF	ZS
5.1. Futterlagerung			
5.2. Fütterungshygiene			
5.3. Wasserversorgung			

6. Management

- 6.1. Abferkelstall Rein/Raus Ja Nein
- 6.2. Ferkelaufzucht Rein/Raus Ja Nein
- 6.3. Leistungsdaten vorhanden Ja Nein

7. Haltung

wurde kontrolliert Ja Nein

Saugferkel (SF), Aufzuchtferkel (AF) und Zuchtsauen (ZS)

„x“ steht für Mängel vorhanden	SF	AF	ZS
7.1. sichtbare Schäden Aufstallung			
7.2. sichtbare Schäden Boden			
7.3. Belegdichte/Platzangebot			
7.4. Tier/Freßplatzverhältnis			
7.5. Tier/Tränkeverhältnis			
7.6. Lichtverhältnisse			

8. Stallklima

wurde kontrolliert Ja Nein

Saugferkel (SF), Aufzuchtferkel (AF) und Zuchtsauen (ZS)

„x“ steht für Mängel vorhanden	SF	AF	ZS
8.1. Komforttemperatur			
8.2. Lüftungssystem			
8.3. Alarmanlage bei Zwangslüftung vorhanden		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4. Notlüftungssystem bei Zwangsl. vorhanden		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Gesundheitsprogramme

- 9.1. Impfprogramme
 - Rotlauf Parvo Mykoplasmen
 - PAR PRRS E. coli
 - Influenza andere
- 9.2. Ektoparasitenbehandlung Ja Nein
- 9.3. Entwurmung Ja Nein
- 9.4. Andere Programme; wenn ja, welche:

Anmerkungen (z.B. Mängel, Beratungsbedarf, Handlungsplan)

Empfohlene diagnostische Maßnahmen:

- Blutproben
 Milchproben
 Kotproben
 Harnproben
 Hautgesch
 Sektionen
 Futterprobe
 Tupferproben