

Maßnahmenplan nach § 58 TAMG in Verb. m. §4 AntibAMVV für die Tierart Rind und die Nutzungsart Milchkühe

für VVVO-Nr. _____

Halbjahr: _____

Betriebsbezeichnung, Name(n), Vorname(n) der verantwortlichen Person(en)		Firmenstempel (sofern vorhanden)
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer		
Telefon	Telefax	

1. Angaben zum Betrieb

Anschrift des Betriebsstandortes			
	Stall-Nr.	Stallbezeichnung	Tiergruppen in diesem Stall (z.B Leistungsgruppen, Kälber, Jungvieh, Trockensteher)
Bitte auf jeden Fall die Ställe für die Milchkühe, Trockensteher und Färsen angeben			

2. Angaben zur tierärztlichen Betreuung

Die tierärztliche Betreuung und Beratung für den Maßnahmenplan erfolgt durch folgende Tierarztpraxis:

Name	Anschrift	Betreuungsvertrag
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Tierarztpraxen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Name, Anschrift:		

3. Angaben zur Tierhaltung

Produktionsart:

 konventionell ökologisch

Hauptnutzungsrasen:

 Holstein-Friesian (Schwarzbunt) Holstein-Friesian (Rotbunt) Angler Jersey Deutsches Niederungsrind Sonstige Rassen: _____

Durchschnittliche Herdenmilchleistung pro Kuh im Jahr (kg): _____

Vorwiegendes Haltungssystem: Boxenlaufstall Strohfäche mit separater Lauffläche

 Anbindung Weidehaltung Reine Strohfäche Sonstiges: _____

Tierbezug:

 eigene Nachzucht Zukauf von Kühen Färsen Kälber zur Remontierung Sonstiges: _____

Herkunftsland(-länder): Deutschland, Bundesland(-länder): _____

Anderes Land: _____

Bezug erfolgt über: Viehhandelsunternehmen andere Tierhaltungsbetriebe

Überprüfung des Status der Zukaufstiere:

nein ja, folgende: BVD IBR Para-TBC Mastitiserreger

Trichophytie Sonstiges: _____

Quarantäne der Zukaufstiere: nein ja, _____ Tage

Werden Zukaufstiere tierärztlich untersucht? nein immer manchmal meistens selten

Vorrangige Abgangsgründe:

Alter geringe Leistung Euterkrankheiten Unfruchtbarkeit Melkbarkeit Klauen

Stoffwechselerkrankungen Verkauf zur Zucht Sonstige: _____

4. Art und Ausstattung der Ställe, Futter- und Wasserversorgung

Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____

Aufstellungsart: Boxenlaufstall, mit Auslauf ja nein

mit Weidegang ja nein

Anbindung Strohfäche mit separater Lauffläche

reine Strohfäche Weide

Lüftungstechnik: Offenstall Trauf-First Windnetze/Jalousien/Spaceboards

Fenster/Türen Ventilator Airtubes Sonstiges: _____

Luftqualität: gut verbesserungswürdig schlecht

Schadgase: keine schwach mäßig stark

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung: nein ja, Häufigkeit: _____ Mistungsintervall: _____

Desinfektion: nein ja, Häufigkeit: _____

Wasserversorgung: eigener Brunnen öffentliches Netz

Tränkesystem: Selbstränker Tränkebecken Trogtränke

Sonstiges: _____

Nur auszufüllen, wenn Boxenlaufstall angekreuzt ist:

Anzahl Kühe im Boxenlaufstall: _____ Anzahl Liegeboxen: _____

Futteraufnahme durch Fressgitter nein, Länge des Futtertischs: _____ Meter

ja, Anzahl der Fressgitterplätze: _____

Anzahl der Tränken: _____

Boxentyp: Hochbox ohne Auflage Hochbox mit Gummiauflage Tiefbox Hoch-Tiefbox

Fress-Liegebox Sonstiges: _____

Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh

Sand Sägespäne Kalk Biogas-Output Sonstiges: _____

Art der Laufflächen: Vollspalten planbefestigt Vollspalten mit Gummimatten

Reinigung der Boxenlaufställe: keine Reinigung durch Personen Mistschieber

Spaltenroboter Sonstiges: _____

Nur auszufüllen, wenn Anbindung angekreuzt ist:

Anzahl Kühe in Anbindung: _____ Anzahl Anbindeplätze: _____

Anbindesystem: Grabner Anbindung mit Kette Grabner Anbindung mit Gurt
 Fanggitter Zentralgelenkshalsrahmen Halsband mit KetteStandfläche: ohne Auflage Gummimatte Holz Sonstiges: _____Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh
 Sand Sägespäne Kalk Biogas-Output Sonstiges: _____Abkotbereich: Rost Rinne Rinne mit Mistschieber planbefestigt**Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben):** _____Aufstellungsart: Boxenlaufstall, mit Auslauf ja nein
mit Weidegang ja nein Anbindung Strohfäche mit separater Lauffläche
 reine Strohfäche WeideLüftungstechnik: Offenstall Trauf-First Windnetze/Jalousien/Spaceboards
 Fenster/Türen Ventilator Airtubes Sonstiges: _____Luftqualität: gut verbesserungswürdig schlechtSchadgase: keine schwach mäßig stark

Stallbezogene Hygiene:

Reinigung: nein ja, Häufigkeit: _____ Mistungsintervall: _____Desinfektion: nein ja, Häufigkeit: _____Wasserversorgung: eigener Brunnen öffentliches NetzTränkesystem: Selbstränker Tränkebecken Trogränke
 Sonstiges: _____Nur auszufüllen, wenn Boxenlaufstall angekreuzt ist:

Anzahl Kühe im Boxenlaufstall: _____ Anzahl Liegeboxen: _____

Futteraufnahme durch Fressgitter nein, Länge des Futtertischs: _____ Meter
 ja, Anzahl der Fressgitterplätze: _____

Anzahl der Tränken: _____

Boxentyp: Hochbox ohne Auflage Hochbox mit Gummiauflage Tiefbox Hoch-Tiefbox
 Fress-Liegebox Sonstiges: _____Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh
 Sand Sägespäne Kalk Biogas-Output Sonstiges: _____Art der Laufflächen: Vollspalten planbefestigt Vollspalten mit GummimattenReinigung der Boxenlaufställe: keine Reinigung durch Personen Mistschieber
 Spaltenroboter Sonstiges: _____Nur auszufüllen, wenn Anbindung angekreuzt ist:

Anzahl Kühe in Anbindung: _____ Anzahl Anbindeplätze: _____

Anbindesystem: Grabner Anbindung mit Kette Grabner Anbindung mit Gurt
 Fanggitter Zentralgelenkshalsrahmen Halsband mit KetteStandfläche: ohne Auflage Gummimatte Holz Sonstiges: _____Einstreumaterial: Kalk-Stroh-Matratze Kalk-Mist-Matratze Häckselstroh Langstroh

<input type="checkbox"/> Sand	<input type="checkbox"/> Sägespäne	<input type="checkbox"/> Kalk	<input type="checkbox"/> Biogas-Output	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Abkotbereich:	<input type="checkbox"/> Rost	<input type="checkbox"/> Rinne	<input type="checkbox"/> Rinne mit Mistschieber	<input type="checkbox"/> planbefestigt
Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____				
Aufstellungsart:	<input type="checkbox"/> Boxenlaufstall, mit Auslauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	mit Weidegang <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> Anbindung	<input type="checkbox"/> Strohfläche mit separater Lauffläche		
	<input type="checkbox"/> reine Strohfläche	<input type="checkbox"/> Weide		
Lüftungstechnik:	<input type="checkbox"/> Offenstall	<input type="checkbox"/> Trauf-First	<input type="checkbox"/> Windnetze/Jalousien/Spaceboards	
	<input type="checkbox"/> Fenster/Türen	<input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> Airtubes	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Luftqualität:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> verbesserungswürdig	<input type="checkbox"/> schlecht	
Schadgase:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark
Stallbezogene Hygiene:				
Reinigung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____	Mistungsintervall: _____	
Desinfektion:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____		
Wasserversorgung:	<input type="checkbox"/> eigener Brunnen	<input type="checkbox"/> öffentliches Netz		
Tränkesystem:	<input type="checkbox"/> Selbstränker	<input type="checkbox"/> Tränkebecken	<input type="checkbox"/> Trogränke	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
<u>Nur auszufüllen, wenn Boxenlaufstall angekreuzt ist:</u>				
Anzahl Kühe im Boxenlaufstall:	_____	Anzahl Liegeboxen:	_____	
Futteraufnahme durch Fressgitter	<input type="checkbox"/> nein, Länge des Futtertischs: _____	Meter		
	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Fressgitterplätze: _____			
Anzahl der Tränken:	_____			
Boxentyp:	<input type="checkbox"/> Hochbox ohne Auflage	<input type="checkbox"/> Hochbox mit Gummiauflage	<input type="checkbox"/> Tiefbox	<input type="checkbox"/> Hoch-Tiefbox
	<input type="checkbox"/> Fress-Liegebox	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Einstreumaterial:	<input type="checkbox"/> Kalk-Stroh-Matratze	<input type="checkbox"/> Kalk-Mist-Matratze	<input type="checkbox"/> Häckselstroh	<input type="checkbox"/> Langstroh
	<input type="checkbox"/> Sand	<input type="checkbox"/> Sägespäne	<input type="checkbox"/> Kalk	<input type="checkbox"/> Biogas-Output
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Art der Laufflächen:	<input type="checkbox"/> Vollspalten	<input type="checkbox"/> planbefestigt	<input type="checkbox"/> Vollspalten mit Gummimatten	
Reinigung der Boxenlaufställe:	<input type="checkbox"/> keine Reinigung	<input type="checkbox"/> durch Personen	<input type="checkbox"/> Mistschieber	
	<input type="checkbox"/> Spaltenroboter <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
<u>Nur auszufüllen, wenn Anbindung angekreuzt ist:</u>				
Anzahl Kühe in Anbindung:	_____	Anzahl Anbindeplätze:	_____	
Anbindesystem:	<input type="checkbox"/> Grabner Anbindung mit Kette	<input type="checkbox"/> Grabner Anbindung mit Gurt		
	<input type="checkbox"/> Fanggitter	<input type="checkbox"/> Zentralgelenkshalsrahmen	<input type="checkbox"/> Halsband mit Kette	
Standfläche:	<input type="checkbox"/> ohne Auflage	<input type="checkbox"/> Gummimatte	<input type="checkbox"/> Holz	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Einstreumaterial:	<input type="checkbox"/> Kalk-Stroh-Matratze	<input type="checkbox"/> Kalk-Mist-Matratze	<input type="checkbox"/> Häckselstroh	<input type="checkbox"/> Langstroh
	<input type="checkbox"/> Sand	<input type="checkbox"/> Sägespäne	<input type="checkbox"/> Kalk	<input type="checkbox"/> Biogas-Output
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Abkotbereich:	<input type="checkbox"/> Rost	<input type="checkbox"/> Rinne	<input type="checkbox"/> Rinne mit Mistschieber	<input type="checkbox"/> planbefestigt
Stall-Nr. (wie unter Punkt 1 angegeben): _____				
Aufstellungsart:	<input type="checkbox"/> Boxenlaufstall, mit Auslauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	mit Weidegang <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

	<input type="checkbox"/> Anbindung	<input type="checkbox"/> Strohfäche mit separater Lauffläche
	<input type="checkbox"/> reine Strohfäche	<input type="checkbox"/> Weide
Lüftungstechnik:	<input type="checkbox"/> Offenstall	<input type="checkbox"/> Trauf-First <input type="checkbox"/> Windnetze/Jalousien/Spaceboards
	<input type="checkbox"/> Fenster/Türen	<input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Airtubes <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Luftqualität:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> verbesserungswürdig <input type="checkbox"/> schlecht
Schadgase:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark
Stallbezogene Hygiene:		
Reinigung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____	Mistungsintervall: _____
Desinfektion:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Häufigkeit: _____	
Wasserversorgung:	<input type="checkbox"/> eigener Brunnen	<input type="checkbox"/> öffentliches Netz
Tränkesystem:	<input type="checkbox"/> Selbstränker	<input type="checkbox"/> Tränkebecken <input type="checkbox"/> Trogränke
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<u>Nur auszufüllen, wenn Boxenlaufstall angekreuzt ist:</u>		
Anzahl Kühe im Boxenlaufstall:	_____	Anzahl Liegeboxen: _____
Futteraufnahme durch Fressgitter	<input type="checkbox"/> nein, Länge des Futtertischs: _____	Meter
	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Fressgitterplätze: _____	
Anzahl der Tränken:	_____	
Boxentyp:	<input type="checkbox"/> Hochbox ohne Auflage	<input type="checkbox"/> Hochbox mit Gummiauflage <input type="checkbox"/> Tiefbox <input type="checkbox"/> Hoch-Tiefbox
	<input type="checkbox"/> Fress-Liegebox	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Einstreumaterial:	<input type="checkbox"/> Kalk-Stroh-Matratze	<input type="checkbox"/> Kalk-Mist-Matratze <input type="checkbox"/> Häckselstroh <input type="checkbox"/> Langstroh
	<input type="checkbox"/> Sand <input type="checkbox"/> Sägespäne	<input type="checkbox"/> Kalk <input type="checkbox"/> Biogas-Output <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Art der Laufflächen:	<input type="checkbox"/> Vollspalten	<input type="checkbox"/> planbefestigt <input type="checkbox"/> Vollspalten mit Gummimatten
Reinigung der Boxenlaufställe:	<input type="checkbox"/> keine Reinigung	<input type="checkbox"/> durch Personen <input type="checkbox"/> Mistschieber
	<input type="checkbox"/> Spaltenroboter	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<u>Nur auszufüllen, wenn Anbindung angekreuzt ist:</u>		
Anzahl Kühe in Anbindung:	_____	Anzahl Anbindeplätze: _____
Anbindesystem:	<input type="checkbox"/> Grabner Anbindung mit Kette	<input type="checkbox"/> Grabner Anbindung mit Gurt
	<input type="checkbox"/> Fanggitter	<input type="checkbox"/> Zentralgelenkshalsrahmen <input type="checkbox"/> Halsband mit Kette
Standfläche:	<input type="checkbox"/> ohne Auflage	<input type="checkbox"/> Gummimatte <input type="checkbox"/> Holz <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Einstreumaterial:	<input type="checkbox"/> Kalk-Stroh-Matratze	<input type="checkbox"/> Kalk-Mist-Matratze <input type="checkbox"/> Häckselstroh <input type="checkbox"/> Langstroh
	<input type="checkbox"/> Sand <input type="checkbox"/> Sägespäne	<input type="checkbox"/> Kalk <input type="checkbox"/> Biogas-Output <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Abkotbereich:	<input type="checkbox"/> Rost <input type="checkbox"/> Rinne	<input type="checkbox"/> Rinne mit Mistschieber <input type="checkbox"/> planbefestigt

5. Fütterung

Futterherkunft: Zukauf von Fertigfutter

Zugekaufte Futterkomponenten: _____

eigene Futtermittel

Eigene Futterkomponenten: _____

Fütterungstechnik: Mischwagen mit Waage ohne Waage

Vorlage per Hand Weelink-System

Einzelkomponentenfütterung ohne Krafffutter-Zuteilung

- Einzelkomponentenfütterung mit Kraftfutter-Zuteilung: im Melkstand
 Kraftfutterstation
 händische Zuteilung

Sonstiges: _____

Inanspruchnahme einer Fütterungsberatung? nein ja, durch betreuende Tierarztpraxis
 andere Tierarztpraxis
 Fütterungsberatung
 Sonstiges: _____

Erfolgt eine regelmäßige Rationsberechnung?

nein ja

Findet eine regelmäßige Analyse der Grobfuttermittel statt?

- nein
 ja, aber nur für Silagen
 ja, für alle

Fütterungsmanagement:

Zuteilung des Futters: geschätzt abgewogen/abgemessen

Ausrichtung des Bedarfs anhand: LKV-Daten Milchleistung geschätzt Tabellenwerte
 Sonstiges: _____

Rationstyp: konventionell Aufgewertete Mischration (AMR) Totale Mischration (TMR)

Ständiger Zugang zum Grundfutter: ja nein

Häufigkeit der Futtervorlage pro Tag: _____ **Häufigkeit des Heranschiebens pro Tag:** _____

Fütterung aufgeteilt nach Leistungsgruppen:

Fütterung der Laktierenden: einphasig
 zweiphasig (Frischlaktierend & mittlere Laktation, Späte Laktation)
 zweiphasig (Frischlaktierend, mittlere Laktation & Späte Laktation)
 dreiphasig

Fütterung der Trockensteher: einphasig
 zweiphasig Länge der frühen Trockenstehphase: ___Tage
Länge der späten Trockenstehphase: ___Tage

Silo-Management:

Erfolgt eine Silagefütterung?

nein ja, folgende: Gras Mais Ackergras Luzerne Corn-Cob-Mix (CCM)
 Triticale Ganzpflanzensilage (GPS) Roggen GPS
 Sonstiges: _____

Wie wird die Silage gelagert? Fahrsilo Ballen Folienschlauch Hochsilo
 Sonstiges: _____

Einsatz von Siliermitteln: ja nein **Silierdauer:** > 6 Wochen < 6 Wochen

Nur auszufüllen, wenn Fahrsilo angekreuzt:

Art der Abdeckung: einfache Folie Unterziehfolie Seitenwand/-wände mit Wandfolie
 Seitenwand/-wände ohne Wandfolie Beschwerung Netz

Bauart des Fahrsilos: mit Bodenplatte mit Bodenplatte und einer Seitenwand
 ohne Bodenplatte mit Bodenplatte und zwei Seitenwänden

6. Angaben zur Hygiene**Externe Biosicherheit des Betriebes:**

Bestehen Zugangsbeschränkungen? nein ja mit durchgängiger Umzäunung
 Warningschildern (Wertvoller Tierbestand)

Ist Kontakt zu betriebsfremden Weidetieren möglich? ja nein

Schutzkleidung vorhanden: nein für Betriebspersonal für betriebsfremdes Personal

Hygieneschleuse vorhanden: nein ja

Desinfektionsmatten/-wannen vorhanden? nein ja

Welche externen Personen haben direkten Kontakt zu den Tieren? _____

Werden die Tiere für Behandlung durch externe Personen separiert? nein ja

Schadnagerbekämpfung: nein ja durch Betriebspersonal Fremdfirma

Vogelbesatz in den Ställen? nein ja, folgende Vögel: _____

Werden Gerätschaften auf mehreren Betrieben genutzt?

nein ja, folgende: Klauenstand
 Tiertransporter
 Geburtshelfer
 Sonstige: _____

Interne Biosicherheit:

Erfolgt die Reinigung mit Hochdruckreiniger? nein ja

Ist Zeit zum Austrocknen nach der Reinigung vorhanden? nein ja, Dauer: _____

Verwendung von Desinfektionsmitteln: nein ja, welche: _____

Existieren für kranke Tiere Absonderungsmöglichkeiten? nein ja, als reine Krankenbox
 ja, kombiniert mit Abkalbebox

Lagerung von Tierkadavern: separater Platz abgedeckt sickergeschützt
 am Misthaufen am Wegesrand Sonstiges: _____

Kann der TKBA-Wagen die Kadaver ohne Befahren des Betriebsgeländes abholen? ja nein

Sonstige betriebsfremde Fahrzeuge auf dem Betrieb: _____

Reinigungsintervalle:

Abkalbebox: _____

Krankenbox: _____

Geburtshelfer: immer nach Gebrauch meist nach Gebrauch unregelmäßig nie

Geburtsstricke: immer nach Gebrauch meist nach Gebrauch unregelmäßig nie

Geburtsketten: immer nach Gebrauch meist nach Gebrauch unregelmäßig nie

Klauenmesser: immer nach Gebrauch meist nach Gebrauch unregelmäßig nie

Kleidungswechsel bei Standortwechsel? ja nein

Stiefelwechsel bei Standortwechsel? ja nein

Möglichkeit zum Händewaschen vor Verlassen des Standorts? ja nein

Möglichkeit zum Stiefelwaschen vor Verlassen des Standorts? ja nein

Weitere Angaben: _____

7. Art und Weise der Verabreichung von Antibiotika

Verabreichung: Injektion intramammär lokal intrauterin Sonstiges: _____

Werden Antibiotika im Sinne einer Metaphylaxe bzw. Sanierung regelmäßig zu bestimmten Zeitpunkten im Produktionsprozess angewendet? nein ja (dann Folgefragen beantworten)

Zeitpunkt: zum Trockenstellen bei Weideaustrieb Sonstiges: _____

Indikation: _____

Präparat: _____

8. Gesundheitsmanagement

Inanspruchnahme einer integrierten tierärztlichen Bestandsberatung (ITB)?

nein ja, im Bereich Fruchtbarkeit Eutergesundheit Klauengesundheit
 Kälber-/Jungtiergesundheit Sonstiges:

Teilnahme an Milchleistungsprüfung (MLP): nein ja, Auswertung durch Tierarztpraxis
 durch Beratungsfirma
 betriebsintern
 keine Auswertung

Nutzung eines Herdenmanagementprogramms: nein ja

Dokumentation des Gesundheitsmanagements: nein ja

Wenn ja, dann **Angabe Art der Dokumentation:** _____

Auswertung der Dokumentation: durch Tierarztpraxis
 durch Beratungsfirma
 betriebsintern
 keine Auswertung

Nutzung digitaler Monitoringsysteme: nein ja

Auswertung der Daten: durch Tierarztpraxis
 durch Beratungsfirma
 betriebsintern
 keine Auswertung

Immunprophylaxe:

Erfolgte eine Immunprophylaxe im Betrieb? nein ja (Bitte Impfschema angeben)

Erfolgte eine Impfung mit bestandsspezifischem Impfstoff? nein ja, gegen _____

Tiergruppe	Impfstoff(e)	Krankheit(en)	Jahresverteilung	Turnus
Kälber/Jungtiere			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Färsen			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Laktierende Kühe			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Trockensteher			<input type="checkbox"/> ganzjährig <input type="checkbox"/> saisonal	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig

Nachimpfung durchgeführt: nein ja

Impfstoff - Nachimpfung	Zeit zwischen der ersten und der Wiederholungsimpfung (Tage)

Parasitenbekämpfung: nein ja, wie folgt

gegen Endoparasiten, bei: _____ mit: _____

gegen Ektoparasiten, bei _____ mit: _____

gegen Kryptosporidien, bei _____ mit: _____

gegen Kokzidien, bei _____ mit: _____

Weitere Angaben: _____

9. Tiergesundheit

Eutergesundheit:

Untersuchungen von Milchproben? nein ja, mit Antibiotogramm ja, ohne Antibiotogramm

Untersuchungen erfolgen durch: externes Labor Tierarztpraxis
 betriebsintern Sonstige: _____

Anlass für Untersuchungen: klinische Mastitis erhöhte Zellzahl zum Trockenstellen

Häufigkeit der Untersuchungen: immer häufig selten

Dokumentation der Ergebnisse: nein händisch EDV durch Tierarztpraxis

Sind Leitkeime bekannt? nein ja, welche: Sc. uberis S. aureus E. coli
 Sc. agalactiae Sc. dysgalactiae Mykoplasmen
 Sonstige: _____

Zellzahl: Durchschnitt im Jahr: _____ **Spanne von bis im Jahr:** _____

Keimzahl: Durchschnitt im Jahr: _____ **Spanne von bis im Jahr:** _____

Für Betriebe ohne Milchleistungsprüfung Angabe der Tankmilchzellzahl:

Durchschnitt im Jahr: _____ **Spanne von bis im Jahr:** _____

Melkmanagement:

Melksystem: klassisch, als Fischgrätenmelkstand Side-by-Side Stand Melkkarussell
 Sonstiges: _____
 automatisch, Melkrobotermodell: _____

Melkhäufigkeit pro Tag/ Maximales Melkanrecht bei Robotern: _____

Häufigkeit der Reinigung der Melkanlage: nach jeder Melkzeit täglich automatisch keine

Regelmäßige Überprüfung/Wartung des Melksystems: nein ja; Häufigkeit: _____

Regelmäßiger Tausch der Sitzgummis: nein ja; Häufigkeit: _____

Erfolgen Einweisungen/Fortbildungen für das Personal der Melkanlage? nein ja

Reinigung des Melkgeschirrs nach auffälligen Tieren: nein ja, verwendetes Mittel: _____

Sitzendippen: nein ja, verwendetes Mittel: _____

Frisches & rangeschobenes Futter nach dem Melken: nein ja

Nur auszufüllen bei Melksystem automatisch:

Wird eine Alarmfunktion zur Erkennung von Euterkrankheiten genutzt? nein ja
 nicht vorhanden

Nur auszufüllen bei Melksystem klassisch:

Werden Handschuhe beim Melken getragen? nein ja, manchmal ja, immer

Erfolgt ein Vormelken? nein ja, manchmal ja, immer

Art des Vormelkens: Vormelkbecher Auf den Boden in die Hand

Sonstiges: _____

Säuberung der Zitzen vor dem Melken: nein ja, alle Zitzen ja, nur verschmutzte Zitzen

Wenn ja, dann **Art der Reinigung der Zitzen vor dem Melken:** trocken feucht

Verwendung eines Reinigungstuches für mehrere Kühe: nein ja

Waschen der mehrfach verwendbaren Tücher nach dem Melken: nein ja

Vorbereitungszeit vor Milchentzug: keine weniger als 90 Sekunden mehr als 90 Sekunden

Automatische Melkgeschirrabnahme: nein ja

Melken euterkranker Tiere: in der Herde ohne Reihenfolge, mit eigenem Melkzeug ja nein

am Ende der Melkreihenfolge, mit eigenem Melkzeug ja nein

Trockenstellmanagement:

Länge der Trockenstezeit: weniger als 6 Wochen 6 bis 8 Wochen mehr als 8 Wochen

Kein Trockenstellen („Durchmelken“)

Art des Trockenstellens: Reduktion der Melkhäufigkeit (allmähliches Trockenstellen)

abruptes Trockenstellen Reduktion der Energiezufuhr über Futter

Sonstiges: _____

Trockenstellen unter antibiotischem Schutz: nein alle Kühe selektiv: _____

Trockenstellen mit Zitzenversiegeln: nein alle Kühe selektiv: _____

Reinigung der Zitzen vor Applikation des Trockenstellers/Zitzenversieglers:

nein gereinigt und desinfiziert, verwendete Mittel: _____

nur gereinigt, verwendetes Mittel: _____

nur desinfiziert, verwendetes Mittel: _____

Haltung der Trockensteher: in der Herde auf Stroh im Boxenlaufstall auf Weide

separat auf Stroh im Boxenlaufstall auf Weide

Euterkontrolle nach Kalbung: nein ja bei auffälligen Abkalbungen ja, bei allen Abkalbungen

Klauengesundheit:

Erfolgt Klauenpflege? nein ja

durch Klauenpflegepersonal Häufigkeit: _____

durch Tierarztpraxis Häufigkeit: _____

durch Betriebspersonal Häufigkeit: _____

Erfolgt eine Dokumentation der Ergebnisse: nein ja, händisch ja, EDV gestützt

Vorrangiges Vorgehen bei Klauenpflege: ganze Herde auf einmal einzelne Kühe bei Bedarf

gruppenweise Sonstiges _____

Erster Klauenschnitt: vor der 1. Trächtigkeit während der 1. Trächtigkeit nach der 1. Kalbung

Einsatz von Klauenbädern: nein ja, regel-/routinemäßig ja unregelmäßig/bei Problemen

Wenn ja, **verwendetes Mittel:** _____

Art der Anwendung: Klauenwanne automatisches System Klauenwaschanlage
 Sonstiges: _____

Nach wie vielen Tieren wird das Mittel erneuert: _____

Einwirkzeit des Mittels auf die Klauen: _____ Minuten

Ist im Betrieb Mortellaro vorhanden? nein ja, bei Färsen bei Kühen

Erfolgt eine Dokumentation der Mortellaro-Befunde: nein ja, händisch EDV gestützt

Dokumentation erfolgt durch: Betriebspersonal Tierarztpraxis Klauenpflegepersonal

Fruchtbarkeitsmanagement:

Erfolgt eine Dokumentation der Fruchtbarkeitsdaten?

nein ja, händisch auf Anwendungs- und Abgabebeleg (AuAB)

EDV gestützt, mit folgendem Programm: _____

Sonstiges: _____

Wann erfolgt eine Nachgeburtkontrolle? nie selten auffällige Kalbungen alle Kalbungen

Geburtshilfe (Auszug) erfolgt? nein ja, mit folgenden Anteilen

leichte Geburten (ein Helfer oder leichter Einsatz mechanischer Zughilfe): _____ %

Schweregeburten (mehrere Helfer, mechanische Zughilfe und/oder tierärztlicher Eingriff): _____ %

Geburtshilfe (OP) erfolgt? nein ja, mit folgenden Anteilen

Kaiserschnitt: _____ % Fetotomie: _____ %

Arbeitsanweisungen für sachgerechte Geburtshilfe vorhanden: nein ja, mündlich
 schriftlich

Abnahme der Nachgeburt: nein ja, durch Betriebspersonal Tierärztliches Personal

Einlegen von Uterusstäben: nein ja, durch Betriebspersonal Tierärztliches Personal

10. Gründe für das Überschreiten der Kennzahl 2:

Einschätzung des Krankheitsgeschehen:

Bestandsproblem: kein gering mittel höher hoch

Anzahl verendeter/getöteter Kühe/Färsen im betroffenen Halbjahr: _____

Angaben zum Krankheitsgeschehen/Schwerpunkte der Erkrankung:

Mastitis

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____
(Laktationsphase)

Fruchtbarkeitsstörungen

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Klauenerkrankungen

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Verdauungsapparat/Stoffwechselerkrankungen

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Sonstiges: _____

Diagnose: _____ Antibiotika: _____

Symptome: _____ Zeitpunkt der Erkrankung: _____

Durchgeführte Diagnostik (z.B. Erregernachweis, Resistenztest, Befunde, ggf. als Anlage):**Weiterführende Diagnostik durchgeführt:** nein ja (Ergebnisse als Anlage anfügen)**Untersuchungsmaterial:** _____**Untersuchungsmethode:** _____**Untersuchungsergebnis/Erregernachweis:** _____**Resistenztest:** nein ja**Diagnose(n):** _____**Vermutete weitere Ursachen für die Überschreitung der Kennzahl 2 (z.B. Begleitumstände):****Beurteilung des Erfolgs der antibiotischen Maßnahmen im Kalenderhalbjahr:****Weitere / zusätzliche Therapeutische Maßnahmen/Behandlung im Kalenderhalbjahr:****11. Allgemeine Kenndaten, sowie zur Eutergesundheit und Fruchtbarkeit:****Werden grundsätzlich Kenndaten erhoben und dokumentiert?** nein ja**Allgemeine Kenndaten:**

Abgänge (Anteil aller abgegangenen Kühe bezogen auf den Durchschnittskuhbestand des Betriebs der letzten 12 Monate)		%
Mortalität (Anteil der verendeten/getöteten/gemerzten Kühe bezogen auf den Durchschnittskuhbestand des Betriebs der letzten 12 Monate)		%

Kenndaten zur Eutergesundheit:

Eutergesunde Tiere (Anteil an Tieren mit einem Zellgehalt von weniger als 100.000 Zellen/ml Milch an allen laktierenden Tieren in der aktuellen Milchkontrolle)		%
Euterkrankte Tiere (Anteil an Tieren mit einem Zellgehalt von mehr als 400.000 Zellen/ml Milch an allen laktierenden Tieren in der aktuellen Milchkontrolle)		%
Chronisch euterkrankte Tiere (Anteil der Tiere, die in den letzten drei aufeinanderfolgenden Milchkontrollen jeweils einen Zellgehalt von mehr als 700.000 Zellen/ml Milch an allen laktierenden Tieren in der aktuellen Milchkontrolle aufweisen)		%
Neuinfektionsrate in der Laktation (Anteil der Tiere, die in der vorangegangenen Milchkontrolle weniger als 100.000 Zellen/ml Milch und in der aktuellen Kontrolle mehr als 100.000 Zellen/ml Milch aufweisen)		%
Neuinfektionsrate in der Trockenstehperiode (Anteil der Tiere, die in der Milchkontrolle vor dem Trockenstellen weniger als 100.000 Zellen/ml Milch und in der 1. Kontrolle nach der Abkalbung mehr als 100.000 Zellen/ml Milch aufweisen)		%
Heilungsrate in der Trockenstehperiode (Anteil der Tiere, die in der Milchkontrolle vor dem Trockenstellen mehr als 100.000 Zellen/ml Milch und in der 1. Kontrolle nach der Abkalbung weniger als 100.000 Zellen/ml Milch aufweisen)		%

Erstlaktierendenmastitis (Anteil der Erstlaktierenden, die in der 1. Kontrolle nach der Abkalbung mehr als 100.000 Zellen/ml Milch aufweisen)		%
--	--	---

Kenndaten zur Klauengesundheit (Lahmheitsindices):

Geringgradig lahme Tiere (Anteil geringgradig lahmer Tiere an der Gesamtzahl der beurteilten Tiere)		%
Hochgradig lahme Tiere (Anteil hochgradig lahmer Tiere an der Gesamtzahl der beurteilten Tiere)		%

Kenndaten zur Fruchtbarkeit

Abortrate (Anteil der Aborte an Gesamtzahl der Geburten)		%
Totgeburtenrate (Anteil der Totgeburten an Gesamtzahl der Geburten)		%

12. Angaben zur tierärztlichen Beratung**Ergebnis der Beratung:**

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Datum:

Unterschrift Tierärztin/-arzt:

Hiermit stimme ich zu, dass die/der oben beratende Tierärztin/arzt und die zuständige Überwachungsbehörde (Landeslabor Schleswig-Holstein) Informationen über meinen Betrieb ausschließlich in Bezug auf die Antibiotikaminimierung austauschen dürfen.

13. Maßnahmen zur Verringerung des Antibiotika-Einsatzes

Konkrete Maßnahmen im Betrieb	Umsetzung bis:
Impfung (Art, Zeitpunkt):	
Überprüfung/Änderung der Fütterung:	
Überprüfung/Änderung der Tränkewasserversorgung:	

Überprüfung/Änderung des Stallklimas:	
Hygienemaßnahmen überprüfen/ändern:	
Änderung des Tierbezugs:	
Sonstige Maßnahmen:	

Tierhalter/in: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Tierärztin/arzt: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Elektronisch versandte Formulare sind auch ohne Unterschrift gültig

Ort, Datum

Verantwortliche Person des Betriebes