



**Datum der Erstellung:** \_\_\_\_\_

**Angaben zum Betrieb**

Name: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Anzahl Sauenplätze: \_\_\_\_\_

**Angaben zum bestandsbetreuenden Tierarzt**

Name/Praxis: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Parasiten- und Hygienemanagement für Sauen**

	Ja, mit folgendem Präparat	Nein
Entwurmung		
Ektoparasitenbehandlung		
Waschen der Sauen ( <i>beim Einstellen in Abferkelstall</i> )		
Schädlingsbekämpfung im Stall? Wogegen?		
Sonstige Programme? Welche?		

**Impfprogramme (Präparate, Alter der Tiere)**

	Ja, mit folgendem Präparat	Nein
Ery + Parvo		
Ery + Parvo + Lepto		
PRRS		
Influenza		
APP		
Salmonellen		
R.A.		
Coli + Clostridien		
Rota + Corona		
Sonstige Impfungen? Welche?		

**Arzneimittel für Sauen: Aufzeichnung und Anwendung**

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Anwendung laut Therapieanweisung dokumentiert			
Anwendungstechnik			
Lagerung Medikamente und Instrumente			

**Tiergesundheitsstatus der Sauen nach klinischer Untersuchung**

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Ektoparasiten			
Atemwegserkrankungen			
Magen- / Darmerkrankungen			
Body Condition Score			
Technopathien			
Schulterverletzungen			
Abszesse			
Gelenkerkrankungen			
Klauenerkrankungen			
Sonstiges			
Abortrate (in %)			
Remontierungsrate (in %)			

**Arzneimittel für Saugferkel: Aufzeichnung und Anwendung**

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Anwendung laut Therapieanweisung dokumentiert			
Anwendungstechnik			
Lagerung Medikamente und Instrumente			

**Tiergesundheitsstatus der Saugferkel nach klinischer Untersuchung**

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Kümmerer			
Magen- / Darmerkrankungen			
Atemwegserkrankungen			
Verletzungen im Gesicht			
Verletzungen an den Karpalgelenken			
Gelenkerkrankungen			
Nekrosen (Schwanz, Zitzen, und/oder Ohr)			
Sonstiges			
Mortalität (in %)			

**Durchgeführte diagnostische Maßnahmen**

	Ja (Anzahl)	Nein
Blutproben		
Kotproben		
Tupferproben (Ort der Entnahme)		
BAL		
Punktionen		
Sektionen		
Sonstiges		

**Bei Durchführung der Kastration und der Inhalationsnarkose durch den Tierhalter**

*(Begleitung durch den Tierarzt mind. einmal jährlich während des gesamten Durchgangs und/oder für mind. eine Stunde)*

Dauer der Begleitung	
Anzahl aller Ferkel des aktuellen Durchgangs	
Anzahl der unter Begleitung betäubten Ferkel	
Schmerzmittel mind. 20 Min. vor Eingriff verabreicht?	
Reflexprüfung korrekt durchgeführt?	
Normalanatomische Befunde korrekt überprüft?	
Narkosefähigkeit korrekt überprüft?	



**Weitere Bemerkungen**

---

---

---

---

---

**Empfohlene Maßnahmen**

---

---

---

---

---

**Nächster vorbeugender Bestandsbesuch**

Jahr:	Geplantes Datum:
-------	------------------

**Nächste Begleitung der Narkose und Kastration**

Jahr:	Geplantes Datum:
-------	------------------

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum                                      Unterschrift Tierhalter                                      Unterschrift Tierarzt