



Angaben zum Betrieb

Name/Firma/Unternehmen:	Ansprechpartner:
Straße/Hausnummer:	PLZ/Ort:
Telefon/Mobil:	Telefax:
E-Mail:	
Anzahl Legehennenplätze:	Aktuelle Anzahl und Alter der Tiere:

Angaben zum bestandsbetreuenden Tierarzt

Name/Firma	Ansprechpartner:
Straße/Hausnummer:	PLZ/Ort:
Telefon/Mobil:	Telefax:
E-Mail:	

Arzneimittel: Aufzeichnung und Anwendung

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Anwendung laut Therapieanweisung dokumentiert			
Applikationsart			
Lagerung von Arzneimitteln			

Tiergesundheitsstatus

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Atemwegserkrankungen			
Magen- / Darmerkrankungen			
Auseinanderwachsen			

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Ektoparasiten			
Gefiederzustand			
Pickverletzungen			
Ernährungszustand			
Sonstiges			

Gesundheitsprogramme

	Ja	Nein
Einstallungsbehandlung		
Entwurmung		
Salmonellenbekämpfungsprogramm		
Andere Programme? Welche?		

Impfungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

ND		IB	
Salmonellen		Weitere (bitte angeben)	

Empfohlene diagnostische Maßnahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Blutproben		Antibiogramm	
Kotproben		Bakteriolog, US	
Tupferproben		Wasserprobe	
Sektionen		Futterprobe	

Richtlinie Legehennen, Mitgeltende Unterlage 9.2
Besuchsprotokoll zur tierärztlichen Bestandsbetreuung



DEUTSCHER
TIERSCHUTZBUND E.V.

TIERSCHUTZLABEL

Bemerkungen

Empfohlene Maßnahmen

Ort/Datum

Unterschrift Tierhalter

Unterschrift Tierarzt