



**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