



**Angaben zum Betrieb**

Name/Firma/Unternehmen:	Ansprechpartner:
Straße/Hausnummer:	PLZ/Ort:
Telefon/Mobil:	Telefax:
E-Mail:	
Anzahl Mastplätze:	Aktuell eingestellte 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			
Anwendungstechnik			
Lagerung Medikamente und Instrumente			

**Tiergesundheitsstatus**

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



	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Vermehrt Kümmerer			
Ernährungszustand			
Gelenkerkrankungen			
Sonstiges			

**Gesundheitsprogramme**

	Ja	Nein
Einstellungsbehandlung		
Entwurmung		
Salmonellenbekämpfungsprogramm		
Andere Programme? Welche?		

**Impfprogramme** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gumboro		Kokozidiose	
ND		IB	

**Empfohlene diagnostische Maßnahmen** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Blutproben		Antibiogramm	
Kotproben		Bakteriolog, US	
Tupferproben		Wasserprobe	
Sektionen		Futterprobe	



**Bemerkungen**

---

---

---

**Empfohlene Maßnahmen**

---

---

---

Ort/Datum

Unterschrift Landwirt

Unterschrift Tierarzt