



Datum der Erstellung: _____

Angaben zum Betrieb

Name: _____
Ansprechpartner: _____
Anzahl Mastplätze: _____

Angaben zum bestandsbetreuenden Tierarzt

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

Gesundheitsprogramme

	Ja, mit folgendem Präparat	Nein
Einstellungsbehandlung		
Ektoparasitenbehandlung		
Entwurmung		
Schädlingsbekämpfung im Stall (wogegen?)		
Andere Programme? Welche?		

Impfprogramme (Präparate, Alter der Tiere)

Arzneimittel: Aufzeichnung und Anwendung

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

Tiergesundheitsstatus nach klinischer Untersuchung

	0 = keine Beanstandung	1 = verbesserungs- fähig	2 = mangelhaft
Ektoparasiten			
Atemwegserkrankungen			
Magen- / Darmerkrankungen			
Kümmerer			
Kannibalismus (Verletzung an Schwänzen und/oder Ohren)			
Technopathien			
Abszesse			
Gelenkerkrankungen			
Sonstiges			
Mortalität (in Prozent)			



Durchgeführte diagnostische Maßnahmen

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

Bemerkungen

Empfohlene Maßnahmen

Ort/Datum

Unterschrift Landwirt

Unterschrift Tierarzt

Nächster vorbeugender Bestandsbesuch (mind. 2x pro Kalenderjahr, Mindestabstand 3 Monate)

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

Ort/Datum

Unterschrift Landwirt

Unterschrift Tierarzt