



Protokoll

für tierärztliche Bestandsuntersuchung Schwein am _____

Betrieb:	_____		
Standort-Nr. (z. B. VVVO):	_____		
Ort:	_____		
Tierarztpraxis:	_____		
Anzahl Tierplätze:			
_____ Sauen	_____ Eber	_____ Ferkel	_____ Mastschweine
Verluste (z. B. seit letzter Bestandsuntersuchung im Kalenderjahr/Betriebsjahr)			
_____ Saugferkel	_____ Aufzuchtferkel	_____ adulte Tiere	_____ Abortrate
_____ Totgeburtenrate			
Biologische Daten:			
_____ Umrauscherrate	_____ \emptyset Wurfzahl der abgegangenen Sauen		
_____ \emptyset lebendgeborene Ferkel je Wurf	_____ \emptyset aufgezogene Ferkel je Wurf		
_____ \emptyset Tageszunahmen (Mastschweine)			

Gesundheitsstatus	PRRS	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	APP	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ		
Bestand klinisch ohne besonderen Befund							<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hinweise auf Tierseuchen							<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Folgende Bereiche wurden zur Erhebung von **Managementfaktoren** berücksichtigt (Auffälligkeiten bitte dokumentieren; weitere Informationen vgl. bpt-Leitlinien für die Durchführung einer „Tierärztlichen Bestandsbetreuung“ in Schweinebeständen)

<input type="checkbox"/> Haltungssystem	<input type="checkbox"/> Hygienemanagement
<input type="checkbox"/> Fütterung und Wasserversorgung	<input type="checkbox"/> Zuchtmanagement (Reproduktion/Genetik)
<input type="checkbox"/> Betriebsmanagement	<input type="checkbox"/> Sonstiges



Erhebung des Gesundheitsstatus:

<input type="checkbox"/> Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> Haut, Kondition
<input type="checkbox"/> Verdauungsapparat	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat	

Verdachtsdiagnosen:

Diagnostische Maßnahmen:

<input type="checkbox"/> Sektion	<input type="checkbox"/> Stallklimakontrolle	<input type="checkbox"/> Futter-/Wasserprobe
<input type="checkbox"/> Kotprobe	<input type="checkbox"/> Blutprobe	<input type="checkbox"/> Tupferprobe
<input type="checkbox"/> Resistenztest	<input type="checkbox"/> Hautgeschabsel	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

Salmonellenmonitoring eingesehen: Ja Nein Kategorie _____
Kommentar (z. B. Veränderung seit) _____

Antibiotikamonitoring eingesehen: Ja Nein Therapieindex _____
Kommentar (z. B. Veränderung seit) _____

Schlachtbefunddaten eingesehen: Ja Nein
Kommentar (z. B. Veränderung seit) _____

Betriebliche Eigenkontrolle eingesehen: Ja Nein
Kommentar (z. B. Veränderung seit) _____

Tierschutzindikatoren eingesehen: Ja Nein
Kommentar (z. B. Veränderung seit) _____

Impfprogramm:

<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Rotlauf	<input type="checkbox"/> Rhinitis atr.	<input type="checkbox"/> Haemophilus	<input type="checkbox"/> APP	<input type="checkbox"/> Parvo
<input type="checkbox"/> PRRS	<input type="checkbox"/> Circo	<input type="checkbox"/> Ileitis	<input type="checkbox"/> Mycoplasmen		
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____					

Parasitologische Maßnahmen:

Prophylaxe gegen Endoparasiten, zuletzt: _____ Ektoparasiten, zuletzt: _____



Qualitätssicherung. Vom Landwirt bis zur Ladentheke.



Aktuelle Einschätzung/Auffälligkeiten/Bestandsproblem:

Empfehlungen/Maßnahmen:

Weitere Bemerkungen:

Plan für Tiergesundheits- und Hygienemanagement: Ja Nein

Maßnahmenplan mit Einzelaktivitäten: Ja Nein

Durchführung vereinbart bis:

Nächster Bestandsbesuch bis:

Datum

Unterschrift Tierarzt

Datum

Unterschrift Tierhalter