

Betriebserhebungsprotokoll – Brüterei	Erhebung Nr.:
--	----------------------

Betrieb: _____ QGV-Code: LFBIS-Nr:

Letzte BE am: _____ Brutkapazität: Vorbrüter: _____ Schlupfbrüter: _____

Checkliste (bei Mängeln in den einzelnen Punkten ist dies bei den Anmerkungen zu erläutern)

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
1. Arzneimitteldokumentation und -anwendung					
1.1 Anwendung dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.2 Anwendung laut Therapieanweisung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.3 Inventurliste i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.4 Lagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.5 Anwendungstechnik i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
1.6 Aufbewahrung Instrumente i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Arzneimitteldokumentation und -anwendung			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
2. Hygiene					
2.1 Personalschleuse (Vorraum) vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.2 Desinfektionswannen i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.3 Betriebseigenes Schuhwerk u. Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.4 Zutrittsschutz vor betriebsfremden Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.5 Nager-/Ungezieferbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.6 Fliegenbekämpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.7 Fernhalten v. Vögeln/Hunden/Katzen u.a. Tiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.8 Reinigung/Desinfektion nach Programm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.9 Kadaver-, Brutabfalllagerung, Mistlagerung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.10 Hygienevorschriften für Betriebspersonal i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.11 Hygienischer Arbeitskreislauf	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
<u>Bruteihygiene:</u>					
2.12 Bruteibegasung i.O.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.13 Brütereitestung durch Betreuungstierarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<u>Kückenmanagement u. -transport</u>					
2.14 Impfanlage vorhanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.15 Kückenkartons (Einweg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2.16 Kückensteigen (Mehrweg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Hygiene			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
3. Tiergesundheitsstatus					
3.1 Salmonellenbekämpfungsprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3.2 Befunde in GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
Empfohlene diagnostische Maßnahmen:					
<input type="checkbox"/> Blutproben			<input type="checkbox"/> Antibiogramm		
<input type="checkbox"/> Mekonium/Windel			<input type="checkbox"/> Sektionen		
<input type="checkbox"/> Brutstaub			<input type="checkbox"/> Bakteriologische Untersuchung		
<input type="checkbox"/> Steckenbleiber			<input type="checkbox"/> Wasserprobe		
<input type="checkbox"/> _____					
Empfohlene prophylaktische Maßnahmen:					
Impfprogramme					
<input type="radio"/> Marek	<input type="radio"/>	IB	<input type="radio"/>	TRT	<input type="radio"/>
Andere _____					

Bewertungskriterien	ja	nein	Anmerkungen bzw. Auflagen		Fristen
4. Tierschutz					
4.1 Augenscheinliche Mängel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Tierschutz			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
5. Management					
5.1 In GDV dokumentiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
5.2 Zeugnisse i.O.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Management			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>
6. Brüteretechnik					
6.1 Brutapparate i.O. (keine sichtbaren Schäden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bewertung des Kontrollbereiches Brüteretechnik			Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Geringgradige Mängel <input type="checkbox"/>	Erhebliche Mängel <input type="checkbox"/>

Bei vorangegangenen Betriebserhebungen festgestellte Mängel

wurden fristgerecht behoben:

ja nein

Anwendung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied bei AMA (Gütesiegel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anwendung von Impfstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mitglied einer Bioorganisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herstellung / Anwendung von Fütterungsarzneimitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen :	ja	nein	wenn nein, Frist bis:
Modul 3 (Hygiene) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Modul 1 (Impfen) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Modul 2 (Mischtechnik) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]
			Anzahl der Stunden:
Weiterbildung Modul 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Weiterbildung Modul 1+3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
[Weiterbildung Modul 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____]

Nächste Betriebserhebung bis spätestens / (Monat/Jahr)

Datum:200...

.....
Unterschrift Tierarzt

.....
Unterschrift Brütereinhaber od. Brutmeister