



Protokoll tierärztliche Bestandsuntersuchung Schwein

14.03.2017



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 _____ Aborte _____ Totgeburten

Gesundheitsstatus PRRS positiv negativ APP positiv negativ

Bestand klinisch ohne besonderen Befund Ja Nein

Hinweise auf Tierseuchen Ja 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:



Protokoll tierärztliche Bestandsuntersuchung Schwein



14.03.2017

Diagnostische Maßnahmen:

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sektion | <input type="checkbox"/> Stallklimakontrolle | <input type="checkbox"/> Futterprobe |
| <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) _____

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 _____ | | | | | |

Aktuelle Einschätzung/Auffälligkeiten/Bestandsproblem:

Empfehlungen/Maßnahmen:

Weitere Bemerkungen:

Plan für Tiergesundheits- und Hygienemanagement: Ja Nein

Maßnahmenplan mit Einzelaktivitäten: Ja Nein

Durchführung vereinbart bis:

Datum

Unterschrift Tierarzt

Datum

Unterschrift Tierhalter