

BETRIEBSERHEBUNGSDECKBLATT					gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung				
TGD-Betrieb: (Name, Anschrift, LFBIS)					TGD-Betreuungstierarzt: (Name, Anschrift, VetNr.)				

Datum der Betriebserhebung / 20..... **Beginn** Uhr **Ende** Uhr

Nr. der BE im laufendem Jahr 1. BE 2. BE 3. BE 4. BE BE mit Tierhalter verrechnet

Art	Tierkategorie	Tierzahl	Arzneimittelanwendung, Teilnahme an Programmen		
SCHWEINE	<input type="checkbox"/> (1) Zuchtsauen	_____ Stk.	Anwendung von Tierarzneimittel / Impf. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> (2) Mastschweine	_____ Mpl.	Anwendung von Fütterungsarzneimittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> (3) Babyferkelaufzucht	keine Angabe notw.	Herstellung von Fütterungsarzneimittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> (4) Jungsauenaufzucht	keine Angabe notw.	<input type="checkbox"/> Schw. Rhinitis	<input type="checkbox"/> Rd. Eutergesundheit	
RINDER	<input type="checkbox"/> (5) Milchkühe	_____ GVE	<input type="checkbox"/> Schw. PRRS	<input type="checkbox"/> Rd. Fruchtbarkeit	
	<input type="checkbox"/> (6) spezialisierte Kälbermast	(bei Rinder nur eine Tierkategorie und Gesamt GVE angeben)	<input type="checkbox"/> Schw. Räude	<input type="checkbox"/> Rd. Parasitosen u. Trichoph.	
	<input type="checkbox"/> (7) Mastvieh, Kalbinnenaufzucht		<input type="checkbox"/> Schw. TG und Management	<input type="checkbox"/> Rd. Dermatitis digitalis	
	<input type="checkbox"/> (8) Mutterkühe		<input type="checkbox"/> Schw. PCV2	<input type="checkbox"/> Rd. Zuchtprogramm (ET)	
	<input type="checkbox"/> (9) Schafe/Ziegen	_____ Stk.	<input type="checkbox"/> kl.Wdk. Parasitenprogramm	<input type="checkbox"/> Rd. Gesundheitsmonitoring	
	<input type="checkbox"/> (10) Geflügel	_____ Stk.	<input type="checkbox"/> kl.Wdk. Maedi/Visna/CAE/Bruc.ovis.	<input type="checkbox"/> Wildtierprogramm	
	<input type="checkbox"/> (11) Fische	keine Angabe notw.	<input type="checkbox"/> Andere:		
	<input type="checkbox"/> (12) Gatterwild	keine Angabe notw.			
	<input type="checkbox"/> (13) Bienen	_____ Dauer in Min.			
	<input type="checkbox"/> (14) Sonstige (Pferde etc.)	_____ Stk. _____ Min.			
			TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname)	Geb. Datum	Anmerk ¹⁾

Tierarztvertretung/en

Fett umrandeter Teil ist nur bei der 1. Betriebserhebung des jeweiligen Jahres auszufüllen! ¹⁾ Tierhalter (T), Familienangehöriger (F), Vertragsverhältnis (V)

Mängel seit der letzten BE behoben			Evaluierungsbereiche	keine Mängel	Mängel vorhanden	erhebl. Mängel	Mängel der/den Tierkategorie(n) zuordnen (Nr. angeben)	Fristsetzung (Datum)
Ja	Nein	tlw.						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Arzneimitteldokumentation/-anwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tierschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Tiergesundheitsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Fütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Stallklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Gesundheitsprogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Aus- und Weiterbildungserfordernisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Anmerkungen (nähere Beschreibung der Mängel mit Bezug auf Evaluierungsbereich unter Verwendung des Buchstaben)

Nächste Betriebserhebung (Mindestabstand 2 Monate) 1. Quart. 2. Quart. 3. Quart. 4. Quart. Jahr:

.....
Unterschrift Tierhalter
Unterschrift Tierarzt