



Protokoll

für tierärztliche Bestandsuntersuchung Rind am _____

Betrieb: _____

Standort-Nr. (z. B. VVVO): _____

Ort: _____

Tierarztpraxis: _____

Anzahl Tierplätze:

_____ Milchkühe _____ Färsen _____ Kälber _____ Mastrinder

_____ Mastkälber

Verluste (z. B. seit letzter Bestandsuntersuchung im Kalenderjahr/Betriebsjahr)

_____ Kälber _____ adulte Tiere _____ Aborte _____ Totgeburten

Gesundheitsstatus **BHV1** positiv negativ **BVD** 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 Rinderbeständen)

<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	



Qualitätssicherung. Vom Landwirt bis zur Ladentheke.



Verdachtsdiagnosen:

Diagnostische Maßnahmen:

- Sektion
- Stallklimakontrolle
- Futterprobe
- Kotprobe
- Blutprobe
- Tupferprobe
- Resistenztest
- Hautgeschabsel
- Milch
- Sonstiges _____

Antibiotikamonitoring (bei Masttieren) eingesehen: Ja Nein Therapieindex _____

Impfprogramm:

- BVD
- BHV1
- Blauzunge
- BRSV + Pasteurellen
- Mutterschutz (Rota-Viren)
- Sonstiges _____

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