

<b>BETRIEBSERHEBUNGSDECKBLATT</b>					gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung idgF				
<b>TGD-Betrieb:</b> (Name, Anschrift, LFBIS)					<b>TGD-Betreuungstierarzt:</b> (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.							
RINDER	<input type="checkbox"/> (5) Milchkühe	_____ GVE	<input type="checkbox"/> Schw. Rhinitis <input type="checkbox"/> Rd. Eutergesundheit						
	<input type="checkbox"/> (6) spezialisierte Kälbermast	(bei Rinder nur eine Tierkategorie und Gesamt GVE angeben)	<input type="checkbox"/> Schw. PRRS <input type="checkbox"/> Rd. Fruchtbarkeit						
	<input type="checkbox"/> (7) Mastvieh, Kalbinnenaufzucht		<input type="checkbox"/> Schw. Räude <input type="checkbox"/> Rd. Parasitosen u. Trichoph.						
	<input type="checkbox"/> (8) Mutterkühe		<input type="checkbox"/> Schw. TG und Management <input type="checkbox"/> Rd. Dermatitis digitalis						
	<input type="checkbox"/> (9) Schafe/Ziegen	_____ Stk.	<input type="checkbox"/> Schw. PCV2 <input type="checkbox"/> Rd. Zuchtprogramm (ET)						
	<input type="checkbox"/> (10) Geflügel	_____ Stk.	<input type="checkbox"/> kl.Wdk. Parasitenprogramm <input type="checkbox"/> Rd. Gesundheitsmonitoring						
	<input type="checkbox"/> (11) Fische	keine Angabe notw.	<input type="checkbox"/> kl.Wdk. Maedi/Visna/CAE/Bruc.ovis. <input type="checkbox"/> Wildtierprogramm						
	<input type="checkbox"/> (12) Gatterwild	keine Angabe notw.	<input type="checkbox"/> Andere:						
	<input type="checkbox"/> (13) Bienen	_____ Dauer in Min.							
	<input type="checkbox"/> (14) Sonstige (Pferde etc.)	_____ Stk. _____ Min.							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname)</th> <th style="width: 15%;">Geb. Datum</th> <th style="width: 15%;">Anmerk<sup>1)</sup></th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname)	Geb. Datum	Anmerk <sup>1)</sup>			
TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname)	Geb. Datum	Anmerk <sup>1)</sup>							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 100%;">Tierarztvertretung/en</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>				Tierarztvertretung/en					
Tierarztvertretung/en									

Fett umrandeter Teil ist nur bei der 1. Betriebserhebung des jeweiligen Jahres auszufüllen!    <sup>1)</sup> 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