

BETRIEBSERHEBUNGSDECKBLATT					gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung idgF				
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
SCHWEIN	<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.	TGD Bundesprogramme
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. Zuchtprogramm (ET)
	<input type="checkbox"/> (8) Mutterkühe		<input type="checkbox"/> Schw. TG und Management <input type="checkbox"/> Rd. Gesundheitsmonitoring
	<input type="checkbox"/> (9) Schafe/Ziegen	_____ Stk.	<input type="checkbox"/> Schw. PCV2 <input type="checkbox"/> KI.Wdk. Parasitenprogramm
	<input type="checkbox"/> (10) Geflügel	(Tiere über 1 Jahr)	<input type="checkbox"/> Wildtierprogramm <input type="checkbox"/> KI.Wdk. Maedi/Visna/CAE/Bruc.ovis.
	<input type="checkbox"/> (11) Fische	Abrechnung nach Zeiteinheiten	<input type="checkbox"/> KI.Wdk. Pseudotuberkulose – NÖ TGD Landesprogramm
	<input type="checkbox"/> (12) Gatterwild		<input type="checkbox"/> Betreuung gemäß Schweinegesundheits-VO wird durchgeführt
	<input type="checkbox"/> (13) Bienen		<input type="checkbox"/> Anderes Programm:
	<input type="checkbox"/> (14) Sonstige (Pferde etc.)	_____ Dauer in Min	
Tierarztvertretung/en			TGD-Arzneimittelanwender (Vor-/Nachname) Geb. Datum Anmerk ¹⁾

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