

Anhang 3

Protokoll - Impfprophylaxe beim Ferkel (Dokumentation mindestens einmal jährlich)											
BETRIEB LFBISNr								TIERARZT VetNr.			
Name und Adresse						Name und Adresse					

Datum der Durchführung	Uhrzeit	von	bis
Betriebsstruktur <input type="checkbox"/> geschlossener Betrieb <input type="checkbox"/> Direktbeziehung <input type="checkbox"/> Vermittlungsverkauf <input type="checkbox"/> Zuchtbetrieb <input type="checkbox"/> Ferkelproduktionsbetrieb <input type="checkbox"/>			
Gemeldete Impfungen am Betrieb <input type="checkbox"/> PCV2 <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> APP <input type="checkbox"/> GPS <input type="checkbox"/> PIA <input type="checkbox"/> PRRSV*			
*) Vorgaben des PRRS Programms werden erfüllt			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
TGD Arzneimittelanwender ist in Anwendung und Dokumentation geschult			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lagerung der Impfstoffe gemäß Fachinformation und gesetzlichen Vorschriften			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hygiene der Impfstofflagerung und -anwendung wurde kontrolliert			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation der Impfstoffanwendung wurde kontrolliert und abgezeichnet			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Impfreaktionen oder Nebenwirkungen wurden nicht festgestellt oder gemeldet			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diagnostische Ergebnisse (Labor, Sektion, etc.) der letzten 12 Monate liegen vor			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Effizienz der Impfmaßnahmen ist gegeben			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Betriebliche Managementaufzeichnungen (z.B. Sauenplaner) liegen vor			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Impfanleitung ist vorhanden			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Anmerkungen			
Betriebsspezifisches Biosicherheitskonzept ist vorhanden			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Anmerkungen			
Maßnahmen			

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der Betrieb die Impfvoraussetzungen erfüllt.

 Unterschrift
 TGD Arzneimittelanwender

 Stampiglie und Unterschrift
 TGD Betreuungstierarzt