Kontrolle gemäß Schweinehaltungshygieneverordnung;
Betriebe gemäß Anlage 3 (Stallhaltung über 700 Mast, 150 Sauen, 100 gemischt)

Betriebsnummer: ..... Tierärztin/Tierarzt: .....

Name: ..... Adresse: .....

Ort: .....

Betriebsart: ☐ Zucht ☐ Ferkelerzeugung ☐ Gemischter Betrieb
☐ Zuchtferkelaufzucht ☐ Systemferkelaufzucht ☐ Mast
☐ Organisation

Tierzahl: Zucht: ..... Ferkel (bis 25 kg):..... Mast: .....

	In Ordnung ja	nein	Bemerkungen
Bauliche Voraussetzungen			
— Baulicher Allgemeinzustand, Reinigung und Desinfektion, Stallabteilungen, Einfriedung, räumliche Trennung von anderem Vieh	☐	☐	
— Hinweisschild	☐	☐	
— Hygieneschleuse, betriebseigene Schutzkleidung	☐	☐	
— Verladeeinrichtung, Reinigung und Desinfektion	☐	☐	
— Futterlager, Reinigung und Desinfektion	☐	☐	
— Kadaverlagerung (Reinigung und Desinfektion, stallfern, befestigt, dicht)	☐	☐	
— Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit Fahrzeugräder	☐	☐	
— Isolierstall, eigene Schutzkleidung, Gerätschaften, Bestandsregister (siehe Ausnahmen)	☐	☐	
Ein- und Ausstallung, Absonderung			
— Isolierphase 3 Wochen oder im abgebenden Betrieb	☐	☐	
— Transportfahrzeuge, Transportreinigung und -desinfektion	☐	☐	
Reinigung und Desinfektion			
— nach Ausstallung	☐	☐	
— Verladeeinrichtung nach Gebrauch	☐	☐	
— von Fahrzeugen vor überbetrieblichem Einsatz	☐	☐	
— Entsorgung eingesetzter Flüssigkeiten	☐	☐	
Dung und flüssige Abgänge			
— Lagerung (Dung 8 Wochen, Flüssig 8 Wochen)	☐	☐	
Tiergesundheitsprogramm			
— Betreuung verordnungskonform	☐	☐	
— Bestandsregister und Produktionsdaten	☐	☐	

Nur ausfüllen bei erhöhten Frequenzen

Todesfälle binnen der letzten 7 Tage:

Abferkelbereich: > 20 % ☐ Aufzuchtbereich: > 5 % ☐ Mast/Zuchtbereich: > 5 % ☐

Kümmern: letzte 10 Würfe mehr als 15 Tiere ☐

Fieberhafte Erkrankungen: > 40,5°C mehr als 10 % (mindestens 10 Masttiere, mindestens 3 Sauen) ☐

Ungeklärte Todesfälle: ☐

Bestand klinisch ohne besonderen Befund

hinsichtlich Anzeichen einer anzeigepflichtigen Tierseuche ja ☐ nein ☐

Überprüfung ergab Mängel: ja ☐ nein ☐ Nachkontrolle bis: .....

.....	.....	.....
(Ort, Datum)	(Unterschrift Betriebsleitung)	(Unterschrift Prüferin/Prüfer)