

### Anhang 3

| <b>Protokoll - Impfprophylaxe beim Ferkel</b><br>(Dokumentation mindestens einmal jährlich) |  |  |  |  |  |                  |  |                        |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|------------------|--|------------------------|--|--|--|
| <b>BETRIEB</b> LFBISNr  |  |  |  |  |  |                  |  | <b>TIERARZT</b> VetNr. |  |  |  |
| Name und Adresse  |  |  |  |  |  | Name und Adresse |  |                        |  |  |  |

| Datum der Durchführung   | Uhrzeit | von                         | bis                           |
|--|---------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Betriebsstruktur</b> <input type="checkbox"/> geschlossener Betrieb <input type="checkbox"/> Direktbeziehung <input type="checkbox"/> Vermittlungsverkauf<br><input type="checkbox"/> Zuchtbetrieb <input type="checkbox"/> Ferkelproduktionsbetrieb <input type="checkbox"/> |         |                             |                               |
| <b>Gemeldete Impfungen am Betrieb</b> <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 <b>abgezeichnet</b>  |         | 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  |         |                             |                               |
| <b>Maßnahmen</b>   |         |                             |                               |

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift  
 TGD Arzneimittelanwender

\_\_\_\_\_  
 Stampiglie und Unterschrift  
 TGD Betreuungstierarzt