

# HANDLUNGSPLAN

im Rahmen der Metaphylaxe gemäß § 14 TGD Verordnung 2009



**Betrieb LFBIS**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Tierarzt VetNr.**

--	--	--	--

<b>Nr:</b>	<b>Erstellungsdatum:</b>	<b>Datum gültig bis:</b>
------------	--------------------------	--------------------------

*Maximale Gültigkeit ein Jahr*

**Zu behandelnde Einheit:** .....  
 z.B.: Tierpartie, Altersgruppe, Boxennummer, Stalleinheit, OM-Nummer

**Diagnose/Erkrankung:** .....

**Besondere Hinweise/Anleitung für den AM-Anwender:** .....

TAM Bezeichnung (Handelsname)	TAM Dosis	Anw. Art	Behandlungsdauer

<b>Nr:</b>	<b>Erstellungsdatum:</b>	<b>Datum gültig bis:</b>
------------	--------------------------	--------------------------

*Maximale Gültigkeit ein Jahr*

**Zu behandelnde Einheit:** .....  
 z.B.: Tierpartie, Altersgruppe, Boxennummer, Stalleinheit, OM-Nummer

**Diagnose/Erkrankung:** .....

**Besondere Hinweise/Anleitung für den AM-Anwender:** .....

TAM Bezeichnung (Handelsname)	TAM Dosis	Anw. Art	Behandlungsdauer

Bei Anwendung der Arzneimittel gem. Handlungsplan ist der Betreuungstierarzt nachweislich in Kenntnis zu setzen. Der Betreuungstierarzt hat die durchgeführten Behandlungen zu kontrollieren.

.....  
 Unterschrift Tierhalter

.....  
 Unterschrift Betreuungstierarzt