Checkliste Betriebsbesuch nach Anhang 1 TAMV

**Betrieb:** ........................................................................................................................

**Tierart / Anzahl Tiere:** .................................................................................................

**Beurteilungszeitraum:** **von** …………………………….. **bis** ……………………………

**Technische Anlagen (FüAM/AMV):** [ ]  **ja** [ ]  **nein**

**Besuchsfrequenz laut TAM-Vereinbarung?** ......................**x jährlich** …………………………………………………………

**1. TIERGESUNDHEIT**

***Wie ist der aktuelle Gesundheitszustand?*** ...................................................................................................................

Gab es in der vergangenen Periode häufige Indikationen für Therapien?

[ ]  Eutererkrankungen [ ]  Atemwegserkrankungen [ ]  Magen-/Darmerkrankungen

[ ]  Fruchtbarkeitsstörungen [ ]  Erkrankungen Bewegungsapparat [ ]  keine [ ]  Andere: ..............................

Bemerkungen: ....................................................................................................................................................................

Fand in der vergangenen Periode medikamentöse Prophylaxe statt?

[ ]  keine [ ]  Antibiotika: .......................................................................................................

[ ]  Impfungen: ......................................................…......................... [ ]  Andere: .........................................................

***Für welche Indikationen***?

[ ]  Eutererkrankungen [ ]  Atemwegserkrankungen [ ]  Magen-/Darmerkrankungen

[ ]  Fruchtbarkeitsstörungen [ ]  Erkrankungen Bewegungsapparat [ ]  keine [ ]  Andere: ...............................

***Gab es bei einem Verzicht auf Prophylaxe mit Antibiotika gesundheitliche Probleme im Bestand?***

[ ]  ja [ ]  nein [ ]  nicht zutreffend

Bemerkungen: ....................................................................................................................................................................

**2. ANWENDUNG VON ARZNEIMITTELN**

***Werden die Arzneimittel gemäss Anwendungsanweisung (AA) angewendet?*** [ ]  ja [ ]  nein

Bemerkungen: ....................................................................................................................................................................

***Liegen schriftliche AA für auf Vorrat abgegebene oder nicht aufgebrauchte TAM vor?*** [ ]  ja [ ]  nein

Bemerkungen: ....................................................................................................................................................................

***Verabreichen von FüAM/AMV über betriebseigene technische Anlage:***

***Gab es Probleme/Störungen bei der Zumischung von AMV und/oder der Anwendung von FüAM?***

[ ]  ja [ ]  nein [ ]  nicht zutreffend

Bemerkungen: ....................................................................................................................................................................

***Sind die notwendigen Unterlagen für die Anlage und deren Gebrauch zeitlich & inhaltlich korrekt erstellt und einsehbar?***

- Eignungsprotokoll [ ]  ja [ ]  nein - Herstellungsprotokoll [ ]  ja [ ]  nein

- Reinigungsprotokoll [ ]  ja [ ]  nein - Rezeptkopien [ ]  ja [ ]  nein

- Belege zur Funktionalitätskontrolle (z.B. Serviceprotokoll) [ ]  ja [ ]  nein

**3. AUFZEICHNUNGEN DES ARZNEIMITTELEINSATZES**

***Sind Behandlungsjournal und Inventarliste lesbar, aktuell und vollständig?*** *(Aufbewahrungsfrist 3 Jahre)*

[ ]  ja [ ]  nein Bemerkungen: ..............................................................................................................................

**4. ARZNEIMITTELABLAGE**

***Sind die Lagerbedingungen für die Arzneimittel korrekt (Sauberkeit, Temperatur, Licht, Zugang, etc.)?***

[ ]  ja [ ]  nein Bemerkungen: ..............................................................................................................................

***Sind die Tierarzneimittel mit Zusatzetiketten versehen?***

[ ]  ja [ ]  nein Bemerkungen: ..............................................................................................................................

***Sind verfallene / nicht mehr anwendbare Arzneimittel vorhanden?***  [ ]  ja [ ]  nein

Bemerkungen (inkl. korrekte Entsorgung/Rückgabe):..............................................................................…………………..

***Sind Antibiotika zur Prophylaxe und kritische Antibiotika auf Vorrat vorhanden?*** [ ]  ja [ ]  nein

Bemerkungen: ....................................................................................................................................... ……………………

**5. VERBESSERUNGSPOTENTIAL/MASSNAHMEN**

***Welche Massnahmen sind notwendig, um den sachgerechten Arzneimittelverbrauch im Betrieb sicherzustellen?***

Bemerkungen: ........................................................................................................................................................................

 ........................................................................................................................................................................

Ort, Datum: ......................................................... Unterschrift Tierarzt/Tierärztin: ..............................................................

 Unterschrift Tierhalter/in: .......................................................................