

Erhebungsbogen für Geflügelstallungen

- Für jedes Stallgebäude ist bitte jeweils ein Erhebungsbogen ausfüllen. -

Tierhalter/ in

Name	Vorname
Straße	Ortsteil
PLZ, Ort	Registriernummer: * (siehe Bescheid Tierseuchenkasse) 03 458 0
Telefon	Fax
Haustierarzt	* Die Angabe der Reg.-Nr. ist unbedingt erforderlich.

Standort der Tiere, wenn abweichend von obiger Adresse

Name	Vorname
Straße	Ortsteil
PLZ, Ort	

Anzahl der Ställe insgesamt	Art der Tiere	Anzahl der Tiere insgesamt
-----------------------------	---------------	----------------------------

Angaben zum Stallgebäude

		Stall Nr./ Bezeichnung:	
Länge (in Meter)	Breite (in Meter)	Höhe (in Meter)	Anzahl Tiere
Art des Stalles	<input type="checkbox"/> frei stehendes Gebäude	<input type="checkbox"/> baulich verbunden mit anderen Ställen	
Stallkategorie	<input type="checkbox"/> geschlossen	<input type="checkbox"/> offen/Jalousie	
Lüftungssystem	<input type="checkbox"/> Zwangslüftung	<input type="checkbox"/> Schwerkraftlüftung	

Haltungsform

<input type="checkbox"/> Käfighaltung	Anzahl Etagen	Anzahl Käfigreihen	Gangbreite (in Meter)
<input type="checkbox"/> Boden- bzw. Volierenhaltung	<input type="checkbox"/> nur Freilandhaltung (Enten o. Gänse)		
<input type="checkbox"/> Freilandhaltung			

Lage des Stalles

Entfernung zum nächsten Stallgebäude (außer Geflügel) auf dem Gehöft	(in Meter)
Entfernung zum nächsten Nachbarn (Wohnhaus/Stallgebäude)	(in Meter)

Angaben zur routinemäßigen Ausstellung des Geflügels

<input type="checkbox"/> Ausstallkolonne (Firma)	<input type="checkbox"/> nur mit Familienangehörigen
Name, Firma	
Anschrift	

Leistung bei einer durchschnittlichen Gesamt- bzw. Teilausstellung

Anzahl der Tiere	Anzahl der eingesetzten Personen	Dauer der Ausstellung (in Std.)
------------------	----------------------------------	---------------------------------

Erstellt am: 22.02.2006	Überarbeitet am:	Dokument.: Erhebungsbogen_Geflügelstallungen.doc.doc	Gültigkeit für: NI
durch: AG Verwaltung	durch:	Version: 1.0	Seite 1

Für eine evtl. Tötung des umseitig genannten Geflügelbestandes sind folgende Personen bei einer Räumung des Bestandes einsetzbar

Name, Vorname	Anschrift	Geflügelhalter		tätig in einer Fängerkolonne	
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
1.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ausreichende Schutzausrüstung für sämtliches Personal, dass die Tötung durchführt, steht zur Verfügung

Ja Nein

Mir ist bekannt, dass der Gebrauch von Schutzmasken nach FFP3-Standart eine arbeitsmedizinische Untersuchung, sog. G 26 II-Untersuchung, voraussetzt.

Die Richtigkeit der hier genannten Angaben wird von mir ausdrücklich bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bemerkungen/ Hinweise

**An den
Landkreis Oldenburg
Veterinäramt
Delmenhorster Str. 6
27793 Wildeshausen**

per Fax: 04431-85 468