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: .......................................................................