

MTBC-Überwachungsprogramm

für Betriebe, die Neuweltkamelide¹ zu Zuchtzwecken² halten,
und diese innereuropäisch verbringen.



auf Basis der Verordnung (EU) 2020/688, sowie Kundmachung GZ 2022-0.484.220

Kontrollorgan:

Datum: Uhrzeit: von bis

Anwesende Personen:

Allgemeine Angaben

Angaben zum Tierhalter / zur Tierhalterin

| | |
|----------|----------------|
| LFBiS: | Anrede, Titel: |
| Vorname: | Familienname: |
| Straße: | Hausnummer: |
| PLZ: | Ort: |
| Telefon: | E-Mail: |

Ort der Tierhaltung (wenn abweichend von der Wohnadresse)

| | |
|---------|-------------|
| Straße: | Hausnummer: |
| PLZ: | Ort: |

Angaben zu den gehaltenen Kameliden¹

| Tiere <6 Monaten Anzahl Tierart | | Jungtiere Anzahl Tierart | | weibl. Alttiere Anzahl Tierart | | männl. Alttiere Anzahl Tierart | |
|---|--|---|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| davon programmrelevante Zuchttiere² | | | | | | | |
| weibl. Tiere <12 Monate Anzahl Tierart | | weibl. Tiere >12 Monate Anzahl Tierart | | | männl. Tiere >24 Monate Anzahl Tierart | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

¹„Kameliden“ sind Tiere gemäß Art. 3 Ziffer 15 der Verordnung (EU) 2020/688 im Alter von sechs Monaten und darüber.

²„Zuchttiere“ sind 12 Monate alte Kameliden weiblichen Geschlechts & 24 Monate alte Kamelide männlichen Geschlechts, welche zu vom Menschen kontrollierter Fortpflanzung verwendet werden (durch gemeinsames Halten, gezielte Anpaarung oder das Heranziehen eines bestimmten Tieres zum Decken oder Anwendung anderer Techniken der Reproduktionsmedizin), sowie jüngere weibliche Tiere, wenn sie zum Zeitpunkt der Untersuchung trächtig sind oder bereits einmal Nachkommen produziert haben.

| Allgemeine Anforderungen | | ja | nein |
|---------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| D1 | Sämtliche Tierverbringungen werden kontrolliert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D2 | Aufzeichnungen über verwendete Transportmittel sind vorhanden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A1 | Tierärztliche Bestandsbetreuung vorhanden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2 | Wenn ja, wie viele Betreuungsbesuche gab es in den letzten 12 Monaten? | | |
| A3 | Gab es bei den Betreuungsbesuchen Auffälligkeiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Wenn ja, welche? | | |

| Hygiene & Biosicherheit | | ja | nein |
|------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| B1 | Schutzbekleidung für betriebsfremde Personen ist vorhanden und wird verwendet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B2 | Betriebsfremde Personen betreten den Stall/das Gehege nur mit Erlaubnis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B3 | Nager-/Ungeziefer-/Fliegenbekämpfung wird verwendet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B4 | Die Reinigungs-/Desinfektions-/Kalkungsmaßnahmen können als ausreichend bewertet werden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B5 | Stall / Nebenräume / Einrichtungen erlauben die Reinigung und Desinfektion sowie eine Schadnagerbekämpfung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B6 | Eigentransportmittel werden bei Verwendung gereinigt und gegebenenfalls desinfiziert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B7 | Der Stall/das Gehege ist derart eingerichtet, dass NWK nicht entweichen können | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B8 | Umfriedung unterbindet Entweichen der NWK ebenso wie ein Eindringen und den direkten Kontakt von/zu anderen Wildtieren | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B9 | Stall und Nebenräume können jederzeit ausreichend hell beleuchtet werden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B10 | Im Stall oder in den dazugehörigen Nebenräumen besteht die Möglichkeit für Reinigung und Desinfektion von Schuhwerk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Management | | | |
|-------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| | Deckungen | ja | nein |
| M1 | Es wird ein mobiler Deckservice Ö/EU/Ausland verwendet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M2 | Fremddeckungen Österreich | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M3 | Fremddeckungen EU/Ausland | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Land: | | |
| | Nägel & Schur | | |
| M4 | Wird eine regelmäßige Nagelpflege durchgeführt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M5 | Nagel- und Ballengesundheit ist gut | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M6 | Anteil lahmer Tiere | | % |
| M7 | Schur (je nach Rasse) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M8 | Schleifen der Zähne bei Hengsten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Abgänge | | |
| M9 | Aufzuchtverluste (ab 48h p.p.) | | % |
| M10 | Anteil krankheitsbedingter Abgänge pro Jahr | | % |
| M11 | Abgangsursachen bekannt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Welche: | | |
| | Zugänge | | |
| M12 | Ankauf bzw. Zukauf neuer Tiere in den letzten 12 Monaten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M13 | Wenn ja, Haltung in Quarantäne (in Tagen): | | |
| M14 | Im Quarantänestall werden gesonderte Kleidung & Geräte verwendet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| M15 | Es gab in den letzten 12 Monaten Kontakt mit Tieren aus folgenden Betrieben: | | |
| | Datum | LFBIS-Nummer | Adresse |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | | |
|------------|--|-----|-----------------------|------|
| M16 | Besuchte Veranstaltungen (z.B. Zuchtschauen, Wanderungen etc.) | | | |
| | An folgenden Veranstaltungen wurde in den letzten 12 Monaten teilgenommen: | | | |
| | Datum | Ort | Art der Veranstaltung | Name |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Programmspezifische Anforderungen | | ja | nein |
|--|---|-----------------------|-----------------------|
| P1 | Betriebseigene Fahrzeuge werden unmittelbar nach Abschluss von Tiertransporten vollständig gereinigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P2 | Reinigung der benötigten Gerätschaften und des Verladeplatzes nach jeder Tierverbringung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P3 | Bei gemeinsamer Nutzung von Gegenständen/Fahrzeugen/Maschinen mit anderen Betrieben, die programmrelevante Tiere halten, erfolgt die Reinigung und Desinfektion am abgebenden Betrieb | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P4 | Im Anlassfall, jedoch mind. 1x jährlich wird eine planmäßige und wirkungsvolle Schädnerbekämpfung durchgeführt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P5 | Es werden Maßnahmen getroffen, die den Kontakt von gehaltenen Tieren mit Wildtieren unterbinden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P6 | Aktuelles Bestandsregister vorhanden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P7 | Es werden programmrelevante Tiere geschlachtet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P8 | Die Dokumentation der Fleischuntersuchungen ist vollständig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P9 | Dokumentation der Sektion von Falltieren vorhanden und vollständig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P10 | Gibt es klinischen Anzeichen einer Tuberkuloseerkrankung im Bestand? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| P11 | Es werden nur Tiere in den Betrieben eingebracht, die ebenfalls am Überwachungsprogramm teilnehmen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | |
|--------------------------|----------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Erfüllt* | |
| <input type="checkbox"/> | Nicht erfüllt | |
| Art** | Maßnahmen | Frist zur Behebung |
| | | |

*) „Erfüllt“ ist nur anzukreuzen, wenn der Betrieb **SÄMTLICHE Punkte erfüllt** bzw. vorhandene Mängel bei der Vor-Ort-Kontrolle behoben werden konnten.

***) Art des Mangels: A...Anderer Mangel, B...Biosicherheitsmangel, D...Dokumentationsmangel, M...Managementmangel, P...Programmspezifischer Anforderungsmangel

.....
Datum

.....
Unterschrift Kontrollorgan

.....
Unterschrift Betriebsverantwortliche/r

Die ausgefüllte Checkliste ist umgehend der zuständigen Behörde zu übermitteln.