

## Angaben zum Audit

|   |  |                                      |  |                                  |  |  |
|---|--|--------------------------------------|--|----------------------------------|--|--|
| Auditiertes Standort  |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Zusätzliche Standortinformationen, z.B. Bündler, Kennnummern o.ä. |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Name der Auskunftsperson  |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Programmaudit   |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Bestätigungsaudit   |  | Zusätzliches Bestätigungsaudit       |  |                                  |  |  |
| Bestandscheck   |  | Erste Kontaktaufnahme (Datum; hh:mm) |  |                                  |  |  |
| Sonderaudit   |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Parallelaudit   |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Auditdatum (von)  |  |                                      |  | Auditdatum (bis)                 |  |  |
| Auditanfang (hh:mm)   |  |                                      |  | Auditende (hh:mm)                |  |  |
| Auditdauer (hh:mm)  |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Kombiaudit (Norm/Standard/Programm)                               |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Zertifizierungsstelle   |  |                                      |  |                                  |  |  |
| Nachname, Vorname des Auditors                                    |  |                                      |  |                                  |  |  |
| General-K.O.  |  | Bemerkung General-K.O.               |  |                                  |  |  |
| Kommentare  |  |                                      |  |                                  |  |  |
| <b>Vorläufiges Auditergebnis</b>                                  |  |                                      |  | <b>Anzahl Korrekturmaßnahmen</b> |  |  |

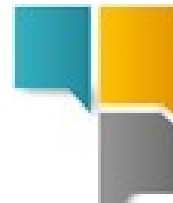
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en Auditor/en

Ich bestätige die Angaben zum Betrieb und zur Durchführung des Audits.  
Eine Kopie des Auditberichts habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betriebsverantwortlicher

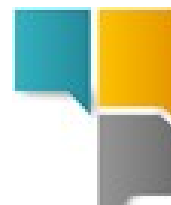


### Angaben zum Betrieb - Milchviehhaltung

|   |  |
|---|--|
| Name des Betriebes                                    |  |
| Straße und Hausnummer                                 |  |
| Postleitzahl und Ort                                  |  |
| Telefon-/Telefaxnummer                                |  |
| Email   |  |
| Adresse des Stalls (falls abweichend von Postadresse) |  |
| Standortnummer (VVVO-Nr.)                             |  |
| Produktionsart-Nr.                                    |  |
| Identifikationsnummer                                 |  |
| Name des Verantwortlichen                             |  |
| Name des Bündlers                                     |  |

### Geltungsbereich - Milchviehhaltung

| Produktionsart   |                         | Anzahl Tiere      |                          |                   |  |
|--|-------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--|
| <b>1008</b>  | <b>Milchviehhaltung</b> |                   |                          |                   |  |
| <b>gültiger Zeitraum</b>   | <b>von</b>              | <b>TT.MM.JJJJ</b> | <b>bis</b>               | <b>TT.MM.JJJJ</b> |  |
| <b>Stichprobenartige Prüfung der Tierzahlmeldung in Ordnung?</b> |                         | <b>Ja</b>         | <input type="checkbox"/> | Bemerkung:        |  |
|  |                         | <b>Nein</b>       | <input type="checkbox"/> |                   |  |



### Zusätzliche Ansprechpartner und Angaben zur Erreichbarkeit

#### Ansprechpartner Standort

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Ansprechpartner Standort       |  |
| Telefon (am besten erreichbar) |  |
| Weitere Telefonnummer          |  |
| Bemerkung zur Erreichbarkeit   |  |

#### Stellvertretender Ansprechpartner Standort

|  |  |
|--|--|
| Stellvertretender Ansprechpartner Standort |  |
| Telefon                                    |  |
| Mobil                                      |  |
| Bemerkung zur Erreichbarkeit               |  |

#### Zusätzliche Informationen zum Standort

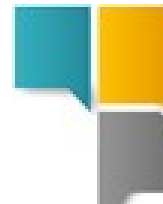
|                         |  |
|-------------------------|--|
| Bemerkungsfeld Standort |  |
|-------------------------|--|

Betrieb: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

| Nr.  | Kriterium/ Anforderung                                      | A | C | KO | E | Bemerkungen |
|--|---|---|---|----|---|-------------|
| * = Für dieses Kriterium ist unabhängig von der Bewertung anzugeben, anhand welcher Nachweise und/oder Prüfgegenstände die Einhaltung kontrolliert worden ist. |   |   |   |    |   |             |
| Wenn Kriterien mit C bewertet werden, müssen Maßnahmen eingeleitet werden. Diese sind im Maßnahmenplan festzuhalten.   |   |   |   |    |   |             |
| 1  | Anforderung Milchviehhaltung                                |   |   |    |   |             |
| 1.1  | Basiskriterien Tierhaltung, Tiergesundheit, Hygiene         |   |   |    |   |             |
| 1.1.1  | (B-Check) Überwachung und Pflege der Tiere* (KM)            |   |   |    |   |             |
| 1.1.2  | (B-Check) Allgemeine Haltungsanforderungen* (KM)            |   |   |    |   |             |
| 1.1.3  | (B-Check) Umgang mit erkrankten und verletzten Tieren* (KM) |   |   |    |   |             |
| 1.1.4  | (B-Check) Stallböden* (KM)                                  |   |   |    |   |             |
| 1.1.5  | (B-Check) Platzangebot* (KM)                                |   |   |    |   |             |
| 1.1.6  | (B-Check) Futtermittellieferung* (KM)                       |   |   |    |   |             |
| 1.1.7  | (B-Check) Hygiene der Fütterungsanlagen* (KM)               |   |   |    |   |             |
| 1.1.8  | (B-Check) Lagerung von Futtermitteln* (KM)                  |   |   |    |   |             |
| 1.1.9  | (B-Check) Wasserversorgung* (KM)                            |   |   |    |   |             |
| 1.1.10   | (B-Check) Hygiene der Tränkanlagen* (KM)                    |   |   |    |   |             |
| 1.1.11   | (B-Check) Gebäude und Anlagen* (KM)                         |   |   |    |   |             |
| 1.1.12   | (B-Check) Betriebshygiene* (KM)                             |   |   |    |   |             |

| Nr.    | Kriterium/ Anforderung                                | A | C | KO | E | Bemerkungen |
|--------|---|---|---|----|---|-------------|
| 1.1.13 | (B-Check) Kadaverlagerung und -abholung* (KM)         |   |   |    |   |             |
| 1.1.14 | (B-Check) Schädlingsmonitoring und -bekämpfung* (KM)  |   |   |    |   |             |
| 2.1    | Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring*                |   |   |    |   |             |
| 2.2    | Teilnahme am indexierten Schlachtbefunddatenprogramm* |   |   |    |   |             |
| 2.3    | Weiterbildungsmaßnahmen*                              |   |   |    |   |             |
| 2.4    | (B-Check) Spezielle Haltungsanforderungen*            |   |   |    |   |             |
| 2.5    | (B-Check) Vergrößertes Platzangebot*                  |   |   |    |   |             |
| 2.6    | (B-Check) Sauberkeit der Tiere*                       |   |   |    |   |             |
| 2.7    | (B-Check) Scheuermöglichkeiten*                       |   |   |    |   |             |
| 2.8    | Intensivierte tierärztliche Bestandsbetreuung*        |   |   |    |   |             |
| 2.9    | (B-Check) Weiche Liegefläche*                         |   |   |    |   |             |
| 2.10   | (B-Check) Abkalbebuch*                                |   |   |    |   |             |
| 2.11   | Verödung von Hornanlagen*                             |   |   |    |   |             |
| 2.12   | Eutergesundheit*                                      |   |   |    |   |             |



Betrieb: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

| Nr. | Bewertung | Abweichung | Korrekturmaßnahme | Frist |
|-----|-----------|------------|-------------------|-------|
|     |           |            |                   |       |
|     |           |            |                   |       |
|     |           |            |                   |       |
|     |           |            |                   |       |
|     |           |            |                   |       |