

Angaben zum Audit

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

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 - Hähnchenmast

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

Geltungsbereich - Hähnchenmast

| | | | | | |
|---|---------------------|---------------------------------|------------|-------------------|--|
| Produktionsart | | Tiere (kg Lebendgewicht) | | | |
| 3001 | Hähnchenmast | | | | |
| gültiger Zeitraum | von | TT.MM.JJJJ | bis | TT.MM.JJJJ | |
| Stichprobenartige Prüfung der Tiere (Kg Lebendgewicht) in Ordnung? | | Ja | | Bemerkung: | |
| | | Nein | | | |

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 Anforderungen Hähnchenmast | | | | | | |
| 1.1 Basiskriterien Tierhaltung, Hygiene, Tiergesundheit | | | | | | |
| 1.1.1 | Überwachung und Pflege der Tiere* (KM) | | | | | |
| 1.1.2 | Allgemeine Haltungsanforderungen* (KM) | | | | | |
| 1.1.3 | Umgang mit erkrankten und verletzten Tieren* (KM) | | | | | |
| 1.1.4 | Stallböden* (KM) | | | | | |
| 1.1.5 | Stallklima und Lärm* (KM) | | | | | |
| 1.1.6 | Beleuchtung* (KM) | | | | | |
| 1.1.7 | Alarmanlage* (KM) | | | | | |
| 1.1.8 | Futtermittellieferung* (KM) | | | | | |
| 1.1.9 | Hygiene der Fütterungsanlagen* (KM) | | | | | |
| 1.1.10 | Handhabung und Lagerung von Futtermitteln* (KM) | | | | | |
| 1.1.11 | Wasserversorgung* (KM) | | | | | |
| 1.1.12 | Hygiene der Tränkanlagen* (KM) | | | | | |

| Nr. | Kriterium/ Anforderung | A | C | KO | E | Bemerkungen |
|--------|---|---|---|----|---|-------------|
| 1.1.13 | Gebäude und Anlagen* (KM) | | | | | |
| 1.1.14 | Betriebshygiene* (KM) | | | | | |
| 1.1.15 | Umgang mit Einstreu und Beschäftigungsmaterial* (KM) | | | | | |
| 1.1.16 | Kadaverlagerung und-abholung* (KM) | | | | | |
| 1.1.17 | Schädlingsmonitoring und -bekämpfung* (KM) | | | | | |
| 1.1.18 | Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen* (KM) | | | | | |
| 1.2 | Herkunft und Vermarktung: Bezug von Eintagsküken* (KM) | | | | | |
| 1.3 | Überwachung und Pflege der Tiere: Maßnahmen zur Verbesserung der | | | | | |
| 1.4 | Umgang mit den Tieren beim Verladen: Handlungsanweisungen zum | | | | | |
| 1.5 | Lichtprogramm bei Ställen mit künstlicher Beleuchtung: Dämmerlichtphasen (nur für | | | | | |
| 1.6 | Sachkundennachweis des Tierhalters: Nachweis über eine jährliche Fortbildung von | | | | | |
| 1.7 | Dokumentation der Befunddaten aus der Schlachtung: Teilnahme am | | | | | |
| 1.8 | Zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten* | | | | | |
| 1.9 | Vergrößertes Platzangebot* | | | | | |
| 1.10 | Stallklimacheck* (KM) | | | | | |
| 1.11 | Tränkwassercheck* (KM) | | | | | |

Betrieb: _____

Datum: _____

Hiermit bestätige ich, dass die nachfolgend aufgeführten Korrekturmaßnahmen zwischen mir und dem Auditor vereinbart wurden.

| Ort, Datum | | Unterschrift/en Auditor/en | | Unterschrift Betriebsverantwortlicher | |
|------------|-----------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------|--|
| Nr. | Bewertung | Abweichung | Korrekturmaßnahme | Frist | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |