

## 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			
<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 - Putenmast

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 - Putenmast

Produktionsart		Tiere (kg Lebendgewicht)			Mit Putenaufzucht
3004	Putenmast (Putenhähne)				
3004	Putenmast (Putenhennen)				
gültiger Zeitraum		von	TT.MM.JJJJ	bis	TT.MM.JJJJ
Stichprobenartige Prüfung der Tiere (Kg Lebendgewicht) in Ordnung?		Ja	<input type="checkbox"/>	Bemerkung:	
		Nein	<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 Anforderungen Putenmast						
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				X	
1.5	Beleuchtung bei Ställen mit künstlicher Beleuchtung: Dämmerlichtphasen (nur für				X	
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