

## Angaben zum Audit

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

\_\_\_\_\_  
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 - Rindermast

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 - Rindermast

Produktionsart		Anzahl Tiere			
<b>1001</b>	<b>Rindermast</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 Rindermast						
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	Stallböden* (KM)					
1.1.5	(B-Check) Futtermittellieferung* (KM)					
1.1.6	(B-Check) Hygiene der Fütterungsanlagen* (KM)					
1.1.7	Handhabung und Lagerung von Futtermitteln* (KM)					
1.1.8	(B-Check) Wasserversorgung* (KM)					
1.1.9	(B-Check) Hygiene der Tränkanlagen* (KM)					
1.1.10	Gebäude und Anlagen* (KM)					
1.1.11	Betriebshygiene* (KM)					
1.1.12	(B-Check) Kadaverlagerung und -abholung* (KM)					
1.1.13	Schädlingsmonitoring und -bekämpfung* (KM)					

Nr.	Kriterium/ Anforderung	A	C	KO	E	Bemerkungen
2.1	Teilnahme am QS-Antibiotikamonitoring*					
2.2	Teilnahme am indexierten Schlachtbefunddatenprogramm*				X	
2.3	Weiterbildungsmaßnahmen*					
2.4	(B-Check) Spezielle Haltungsanforderungen*					
2.5	(B-Check) Vergrößertes Platzangebot*					
2.6	(B-Check) Sauberkeit der Tiere*					
2.7	Intensivierte tierärztliche Bestandsbetreuung*					

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