

Angaben zum Audit

Auditiertes Standort			
Zusätzliche Standortinformationen, z.B. Bündler, Kennnummern o.ä.			
Name der Auskunftsperson			
Programmaudit			
Zusätzliches Programmaudit			
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			
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 - 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		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 Putenmast					
1.1	Basiskriterien Tierhaltung, Hygiene, Tiergesundheit					
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	Stallklima und Lärm* (KM)					
1.1.6	Beleuchtung* (KM)					
1.1.7	(B-Check) Alarmanlage* (KM)					
1.1.8	(B-Check) Futtermittellieferung* (KM)					
1.1.9	(B-Check) Hygiene der Fütterungsanlagen* (KM)					
1.1.10	Handhabung und Lagerung von Futtermitteln* (KM)					
1.1.11	(B-Check) Wasserversorgung* (KM)					
1.1.12	(B-Check) 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	(B-Check) 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 und Aufzuchtieren* (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	(B-Check) Lichtprogramm bei Ställen mit künstlicher Beleuchtung:					
1.6	Sachkundennachweis des Tierhalters: Nachweis über eine jährliche Fortbildung von					
1.7	Dokumentation der Befunddaten aus der Schlachtung: Teilnahme am					
1.8	(B-Check) Zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten*					
1.9	(B-Check) Vergrößertes Platzangebot*					
1.10	(B-Check) Strukturierung der Haltungsumwelt / erhöhte Ebenen*					
1.11	Stallklimacheck* (KM)					
1.12	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