

## 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			
<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 - 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

<b>Produktionsart</b>		<b>Tiere (kg Lebendgewicht)</b>			
<b>3001</b>	<b>Hähnchenmast</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 Tiere (Kg Lebendgewicht) in Ordnung?</b>		<b>Ja</b>		<b>Bemerkung:</b>	
		<b>Nein</b>			

**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	(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					
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