

Checkliste (Kälberhaltung)

Betriebsinhaber	Betriebsnummer (gem. Viehverkehrsverordnung)
Straße	Betreuungstierarzt
PLZ, Ort	Telefonnummer

Tierzahl:	Rinder _____	Kälber _____
------------------	--------------	--------------

		ja	nein	Bemerkung
Personal	• Anzahl der Betreuungspersonen			_____
	• Personal mit Sachkenntnis	☐	☐	
	• ausreichend Personal	☐	☐	
Kontrollen	• Kontrolle der Tiere 2 x täglich	☐	☐	
	• Rauhfutter > 7 Tage	☐	☐	
	• ausreichende Beleuchtung (80 LUX, 10 Std.)	☐	☐	
	• Versorgung kranker oder verletzter Tiere	☐	☐	
	• Krankenabteil oder Krankenbucht	☐	☐	
	• Temperatur	☐	☐	
	• Ammoniakgehalt (<20 cm ³ /m ³)	☐	☐	
	• Kohlendioxydgehalt (<3000 cm ³ /m ³)	☐	☐	
	• Schwefelwasserstoffgehalt (<5 cm ³ /m ³)	☐	☐	
Aufzeichnungen	• rel. Luftfeuchte (zw. 60 und 80 %)	☐	☐	
	• Arzneimittelbestandsbuch	☐	☐	
	• Aufzeichnung über verendete Tiere	☐	☐	
	• Kennzeichnung Ohrmarken > 7 Tage	☐	☐	

• **Kälber > 2 Wochen**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Liegefläche Stroh | ☐ | ☐ |
| • Einzelhaltung Box (120 x 80 x 80 cm) | ☐ | ☐ |
| • rohfaserreiches Futter | ☐ | ☐ |
| • Zugang zu Tränkwasser | ☐ | ☐ |

• **Kälber > 2 Wochen < 8 Wochen**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • gleichzeitige Futteraufnahme durch alle Tiere | ☐ | ☐ |
| • Box Trog innen 180 x 90 cm | ☐ | ☐ |
| • Trog außen 160 x 100 cm | ☐ | ☐ |

• **Kälber > 8 Wochen**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Gruppenhaltung | ☐ | ☐ |
| • gleichzeitige Futteraufnahme durch alle Tiere | ☐ | ☐ |
| • Box 200 x 120 cm | ☐ | ☐ |
| • 180 x 100 cm | ☐ | ☐ |

bauliche Gegebenheiten

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • ausreichende Bewegungsfreiheit | ☐ | ☐ |
| • Ungefährlichkeit der Werkstoffe und Anlagen | ☐ | ☐ |
| • scharfe Kanten, Unebenheiten | ☐ | ☐ |
| • Kadaverlagerung geordnet | ☐ | ☐ |

Bemerkungen:

Anlagen und Geräte

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Lüftungsanlagen | ☐ | ☐ |
| • Notstromaggregat | ☐ | ☐ |
| • Alarmsystem | ☐ | ☐ |
| Reinigungs- und Desinfektionsplan | ☐ | ☐ |

Bemerkungen:

Nachkontrolle bis:

Ort, Datum

Unterschrift des Protokollanten

Unterschrift des Betriebsinhabers