



Checkliste Landwirtschaft Rind

Angaben zum Betrieb

Name des Betriebes: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Vorwahl und Telefon-/Telefaxnummer: _____

QS-Standortnummer/n (VVVO-Nr.) _____

QS-Identifikationsnummer: _____

Name des Verantwortlichen: _____

Name der Auskunftsperson: _____

Name des Bündlers: _____

Angaben zu den Betriebszweigen/Produktionsarten

Tierproduktion	ja	nein
Selbstmischer (Produktion eigener Einzel- und Mischfuttermittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz fahrbarer Mahl- und Mischanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingesetzte Einzelfuttermittel sind ausschließlich landwirtschaftliche Primärprodukte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiertransport mit eigenen Tieren < 50 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Betrieb Kurzname: _____ Datum: _____

A = sehr gut B = gut C = befriedigend D = nicht ausreichend K.O. = keine Zulassung E = nicht anwendbar

Angaben zum Audit

- Systemprüfung Erstaudit Folgeaudit
- Stichprobenprüfung
- Sonderprüfung

Auditdatum: _____

Beginn (hh:mm): _____ Ende (hh:mm): _____

Auditdauer (Stunden/Minuten): _____

- Kombinationsaudit mit (Norm/Standard/Programm): (z.B. Markenfleischprogramm, landwirtschaftliches Programm, ...)

Zertifizierungsstelle: _____

Vorname/Name des Auditors: _____

Prüfergebnis

- PKZ¹ 100 – 90% QS Status I
- PKZ¹ < 90 – 80% QS Status II
- PKZ¹ < 80 – 70% QS Status III
- PKZ¹ < 70% keine Zulassung/ keine Lieferberechtigung (K.O.)
- General K.O./ wiederholte D-Bewertung

Ort, Datum

Unterschrift Auditor

Unterschrift für den Betrieb

 Kopie erhalten

¹ Die Prüfkennziffer (PKZ) setzt sich prozentual aus der Bewertung der Checkliste zusammen



Geltungsbereich

Tierproduktion	Betriebszweig/Produktionsart	Schlüsselnr.		Stallhaltung	Freilandhaltung	Anzahl Plätze
	Rinderproduktion					
	Rindermast	1001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kälbermast	1002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fresser-/Kälberaufzucht	1004	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Milchviehhaltung und Kälberaufzucht	1008	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mutter-/Ammenkuhhaltung mit Kälbern	1016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Betrieb Kurzname: _____ Datum: _____

A = sehr gut B = gut C = befriedigend D = nicht ausreichend K.O. = keine Zulassung E = nicht anwendbar

Lfd. Nr.	Kriterium	Bewertung					Bemerkungen/ Maßnahme Nr.
		A	B	C	D	E	
2. Allgemeine Anforderungen							
2.1. Allgemeine Betriebsdaten							
2.1.1 (1x)	Dokumentation Stammdaten				K.O.		
2.1.2 (1x)	Fristgerechte und wirksame Umsetzung von Korrekturmaßnahmen				K.O.		
2.2. Nährstoffvergleich							
2.2.1 (1x)	Nährstoffvergleich						
2.3. Einhaltung und Dokumentation von Eigenkontrollmaßnahmen							
2.3.1 (2x)	Dokumentation der durchgeführten Eigenkontrollen				K.O.		
2.3.2 (1x)	Erfüllung der eingeleiteten Maßnahmen bei Abweichungen						
2.4. Ereignis- und Krisenmanagement							
2.4.1 (1x)	Ereignisfaltblatt						

Betrieb Kurzname: _____ Datum: _____

A = sehr gut B = gut C = befriedigend D = nicht ausreichend K.O. = keine Zulassung E = nicht anwendbar

Lfd. Nr.	Kriterium	Bewertung					Bemerkungen/ Maßnahme Nr.
		A	B	C	D	E	
3. Spezielle Anforderungen Tierproduktion							
3.1. Herkunft/Rückverfolgbarkeit							
3.1.1 (1x)	Kennzeichnung der Tiere				K.O.		
3.1.2 (1x)	Führung Bestandsregister				K.O.		
3.2. Futtermittel							
3.2.1 (1x)	Futtermittelbezug				K.O.		
3.2.2 (1x)	Einzelfuttermittel gemäß Positivliste				K.O.		
3.2.3 (1x)	Dokumentation Rationsberechnungen, Mischprotokolle						
3.2.4 (1x)	Einsatz fahrbarer Mahl- und Mischanlagen				K.O.		
3.2.5 (1x)	Sicherheit von Futtermitteln und Sauberkeit von Wasser						
3.2.6 (1x)	Futtermittellagerung						
3.3. Tiergesundheit/Arzneimittel							
3.3.1 (1x)	Betreuungsvertrag Hoftierarzt				K.O.		
3.3.3 (1x)	Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen				K.O.		
3.3.4 (1x)	Aufzeichnungen über Bezug und Verbleib der Arzneimittel				K.O.		
3.3.5 (1x)	Identifikation der behandelten Tiere				K.O.		
3.4. Hygiene							
3.4.1 (3x)	Zustand von Gebäuden und Anlagen						
3.4.2 (1x)	Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen						
3.4.4 (1x)	Einhaltung der QS-Hygieneanforderungen						

Betrieb Kurzname: _____ Datum: _____

A = sehr gut B = gut C = befriedigend D = nicht ausreichend K.O. = keine Zulassung E = nicht anwendbar

Lfd. Nr.	Kriterium	Bewertung					Bemerkungen/ Maßnahme Nr.
		A	B	C	D	E	
3.5. Monitoringprogramme und Befunddaten							
3.5.1 (1x)	<u>Mastkälber</u> : Rückstandskontroll-Programm				K.O.		
3.5.11 (1x)	<u>Mastkälber</u> : Information zur Lebensmittelkette				K.O.		
3.6. Tierschutzgerechte Haltung							
3.6.1 (3x)	Einhaltung der Tierschutzvorschriften						
3.6.1.1. (3x)	Einhaltung der Tierschutzvorschriften-Verstöße				K.O.		
3.6.4 (1x)	Stalleinrichtung und Anlagen						
3.6.5. (1x)	Überwachung und Pflege der Tiere						
3.6.6. (1x)	Einhaltung der Bestandsdichte						
3.6.7 (1x)	Beleuchtung						
3.6.8. (1x)	Stallklima						
3.6.9 (1x)	Technische Einrichtungen: Notstromaggregat, Alarmanlage						
3.7. Integriertes Produktionssystem (Schweine und Mastkälber)							
3.7.1 (0x)	(Kein) Zugang zu Einrichtungen im Freien						
3.7.2 (0x)	(Keine) Einrichtungen für Touristen oder Camping						
3.7.3 (0x)	(Kein) Zugang zu Müllhalden und Hausmüll						
3.7.4 (0x)	(Keine) Silageverfütterung						
3.7.5 (0x)	(Kein) Zugang zu Abwässern und Klärschlamm						
3.7.6 (0x)	(Keine) Verwendung von Einstreu						

Betrieb Kurzname: _____ Datum: _____

Raum für weitere Bemerkungen

Punkte-Berechnung:

Bewertungen Anzahl	A =	B =	C =	D =
Punktzahl A/B/C/D	100 Punkte	75 Punkte	50 Punkte	0 Punkte
Bewertungen multipliziert mit Punktzahl				
Summe aller Punkte	Summe =			
Summe aller Punkte dividiert durch Anzahl bewerteter Kriterien	Summe aller Punkte =			Prüfergebnis (Prüfkennziffer PKZ) Erreichte Punktzahl _____ von 100
	Anzahl bewerteter Kriterien =			

Betrieb Kurzname: _____ Datum: _____

Mängelbericht zur neutralen Kontrolle:

Mängelbericht	Mängelbericht		
Nr.	Beschreibung der Abweichung	Vereinbarte Korrekturmaßnahmen	Korrektur bis [Datum]

Auditor

Unterschrift Auditor

Unterschrift für den Betrieb

Mängelbericht	Überprüfung der Umsetzung der Korrekturmaßnahmen			
Nr.	erfüllt	nicht erfüllt	Kommentare	Datum

Auditor

Unterschrift Auditor

