

Checkliste Tiertransport (PA 52, 53, 904, 36-39)

Angaben zum Audit				
Systempartner				
Auditierte Standorte				
Zusätzliche Standortinformationen, z.B. Bündler, Kennnummern o.ä.				
Name der Auskunftsperson				
Systemaudit	Erstaudit		Folgeaudit	
Unangekündigtes Systemaudit	Ja		Nein	
Parallelaudit				
Auditdatum (von)			Auditdatum (bis)	
Auditanfang (hh:mm)			Auditende (hh:mm)	
Auditdauer (hh:mm)				
Kombiaudit (Norm/Standard/Programm)				
Zertifizierungsstelle				
Nachname, Vorname des Auditors				
Wdh D-Abw./General-K.O.		Bemerkung wdh D-Abw./ General-K.O.		
Kommentare				
Vorläufiges Auditergebnis			Anzahl der vereinbarten Korrekturmaßnahmen	

Ort, Datum

Unterschrift/en Auditor/en

Ich bestätige die Angaben zum Betrieb und zur Durchführung des Audits.

Eine Kopie des Auditberichts (mind. des Deckblattes) und des Maßnahmenplans habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsverantwortlicher

Angaben zum Betrieb - Tiertransport

Name des Betriebes	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Telefon-/Telefaxnummer	
Email	
QS-Standortnummer (z.B. VVVO-Nr.)	
QS-Identifikationsnummer	
Name des Verantwortlichen	
Name des Bündlers (nur bei PA 904)	

Geltungsbereich - Tiertransport

Produktionsart		Produktionsart- Nummer	Anzahl Fahrzeuge
Stufe Landwirtschaft / Brütereien			
	Tiertransport (Gewerbliches Transportunternehmen)	904	
	Transport Eintagsküken eigene Fahrzeuge der Brüterei	52	
	Transport Eintagsküken 1:1 vertraglich gebundener Spediteur der Brüterei	53	
Stufe Schlachtung / Zerlegung			
	Transport Rind / Schwein eigene Fahrzeuge	36	
	Transport Geflügel eigene Fahrzeuge	37	
	Transport Rind/ Schwein 1:1 vertraglich gebundener Spediteur	38	
	Transport Geflügel 1:1 vertraglich gebundener Spediteur	39	

Zusatzinformationen - Tiertransport

Angaben zum Tiertransport

Transport durch (Pflichtfeld)	ja	nein
Transportunternehmen (Spedition)		
Viehhandelsunternehmen mit eigenem Transport		
Art des Transportes	ja	nein
Tiertransport bis 65 km		
Tiertransport über 65 km		

Betrieb: _____

Datum: _____

Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
* = Für dieses Kriterium ist unabhängig von der Bewertung anzugeben, anhand welcher Nachweise und/oder Prüfgegenstände die Einhaltung kontrolliert worden ist. # = Für dieses Kriterium muss die Korrekturmaßnahme bei einer Abweichung innerhalb von 28 Tagen erfolgen (gilt nur für Erzeugung und QS-GAP und FIAS!)										
2 Allgemeine Anforderungen										
2.1 Allgemeine Systemanforderungen										
2.1.1	1	,		Betriebsdaten						
2.1.2	1	,		Ereignis- und Krisenmanagement						
3 Anforderung an den Tiertransport										
3.1 Transportmittel und Transportbehälter										
3.1.1	1	,		Zustand und Konstruktion Transportmittel und Transportbehälter					X	
3.1.2	1	,		Kennzeichnung Transportmittel und Transportbehälter					X	
3.2 Zulassung und Transportplanung										
3.2.1	1	,	D=K.O.	Zulassung Transportunternehmer (für Tiertransporte über 65 km) *						
3.2.2	1	,		Transportplanung						
3.3 Transportfähigkeit und Tierkennzeichnung										
3.3.1	1	,		Feststellung der Transportfähigkeit und Transportverbote					X	

Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
3.3.2	1	,		Überprüfung der Tierkennzeichnung *						
3.4 Transportpraxis										
3.4.1	1	,		Ver- und Entladen					X	
3.4.2	1	,	D=K.O.	Umgang mit den Tieren						
3.4.3	1	,	D=K.O.	Platzangebot *						
3.4.4	1	,	D=K.O.	Zeitabstände für das Füttern und Tränken sowie Beförderungsdauer und Ruhezeiten						
3.5 Reinigung und Desinfektion										
3.5.1	1	,		Transportmittel					X	
3.5.2	1	,		Desinfektionskontrollbuch (für Tiertransporte zum Schlachtbetrieb, zu Viehlade- oder -sammelstellen)						
3.5.3	1	,		Dung, Einstreumaterial und Futterreste *					X	
3.6 Personal										
3.6.1	1	,	D=K.O.	Befähigungsnachweis (für Tiertransporte über 65 km) *						
3.7 Dokumentation										
3.7.1	1	,		Transportpapiere						
3.7.2	1	,		Lieferpapiere *						

Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
3.7.3	1	,	D=K.O.	Dokumentation Zulassung Straßentransportmittel (für lange Beförderungen) *						
3.7.4	1	,	D=K.O.	Fahrtenbuch (für lange Beförderungen)						
3.7.5	1	,		Zeichennutzung für den Tiertransport						

Betrieb: _____ Datum: _____

Berechnung des vorläufigen Auditergebnisses

1. Übertrag der Summen

Berechnung	A	B	C	D	E
(1) Anzahl Bewertungen					
Summe der Bewertungen (Ohne E-Bewertungen)					

2. Berechnung der Anteile C- und D-Bewertungen*

Anteil C-Bewertungen		(Anzahl C-Bewertungen / Summe der Bewertungen) * 100
Anteil D-Bewertungen		(Anzahl D-Bewertungen / Summe der Bewertungen) * 100
Anteil C- und D-Bewertungen		Anteil C + Anteil D

3. Vorläufiges Auditergebnis

***Status I:** Bei Überschreitung der 5 % Vorgabe wird dennoch Status I vergeben, sofern nur eine einzige C-Bewertung vorliegt
****Status II:** Bei Überschreitung der prozentualen Vorgabe im Hinblick auf den Anteil D-Bewertungen wird dennoch Status II vergeben, sofern nur eine einzige D-Bewertung und keine C-Bewertung vorliegt

	Anteil C-Bewertungen	Anteil D-Bewertungen	Anteil C+D-Bewertungen	Auditergebnis
	max. 5,0%	0,0%		QS-Status I*
	max. 10,0%	max. 3,0%	max. 10%	QS-Status II**
	max. 20%	max. 10%	max. 20%	QS-Status III
Anteile überschritten	Audit nicht bestanden			
Anzahl K.O.	K.O.	Audit nicht bestanden		
	General K.O./ Wiederholte D-Bewertung	Audit nicht bestanden		

Betrieb:

Datum:

Maßnahmenplan

Hiermit bestätige ich, dass die nachfolgend aufgeführten Korrekturmaßnahmen zwischen mir und dem Auditor vereinbart wurden.

Die Zertifizierungsstelle ist spätestens mit Ablauf der im Maßnahmenplan festgelegten Frist über die Umsetzung einer Korrekturmaßnahme zu informieren.
 Hinweis: Die Behebungsfrist beträgt maximal 28 Tage bei sämtlichen FIAS-Anforderungen sowie den folgenden Dokumentationsanforderungen: 2.1.1, 2.1.2, 3.4.1 und 3.9.5 (gilt nur für die Erzeugung und QS-GAP!)

Ort, Datum		Unterschrift/en Auditor/en		Unterschrift Betriebsverantwortlicher		
Lfd. Nr.	Anforderung Nr.	Bewertung (C, D, KO)	Beschreibung der Abweichung	Vereinbarte Korrekturmaßnahme	Betriebszweig	Behebungsfrist
1						

Betrieb:

Datum:

Überprüfung der Umsetzung der Korrekturmaßnahmen

Ort, Datum

Unterschrift/en Auditor/en

Lfd. Nr.	Erfüllt	Nicht erfüllt	Ggf. Bemerkungen	Datum
1				