

Checkliste Landwirtschaft Geflügelmast

Angaben zum Audit			
Systempartner			
Auditierte Standorte			
Zusätzliche Standortinformationen, z.B. geprüfte Produktionsart , 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 - Geflügelhaltung

Name des Betriebes	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Telefon-/Telefaxnummer	
Email	
QS-Standortnummer (VVVO-Nr.)	
Angemeldete Produktionsart-Nr.	
QS-Identifikationsnummer	
Name des Verantwortlichen	
Name des Bündlers	

Geltungsbereich - Geflügelhaltung (Anzahl Plätze = maximal belegbare Plätze)

Produktionsart		Produktionsart- Nummer	Anzahl Plätze
Geflügelhaltung			
	Hähnchenmast	3001	
	Putenaufzucht	3002	
	Putenmast	3004	
	Pekingentenaufzucht	3008	
	Pekingentenmast	3016	
	Legehennenhaltung	3032	

Zusatzinformationen - Geflügelhaltung

	ja	nein
Selbstmischer		
Einsatz gewerblicher fahrbarer Mahl- und Mischanlagen		
Tiertransport (eigene Tiere, eigene Fahrzeuge)		
Tiertransport bis 50 km		
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	G		Betriebsdaten						
3 Anforderungen Geflügelmast										
3.1 Rückverfolgbarkeit und Kennzeichnung										
3.1.1	1	G		Kauf, Wareneingang und Dienstleistungen						
3.1.2	1	G	D=K.O.	Kennzeichnung und Identifizierung der Tiere						
3.1.3	1	G	D=K.O.	Herkunft und Vermarktung *						
3.1.4	1	G	D=K.O.	Bestandsaufzeichnungen *						
3.1.5	1	G		Tiertransport *						
3.2 Haltung, Betreuung und Umgang										
3.2.1	1	G	D=K.O.	Überwachung und Pflege der Tiere *						
3.2.2	1	G	D=K.O.	Allgemeine Haltungsanforderungen *						

Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
3.2.3	1	G	D=K.O.	Umgang mit erkrankten und verletzten Tieren *						
3.2.4	1	G	D=K.O.	Stallböden						
3.2.5	1	G		Stallklima und Lärm						
3.2.6	1	G		Beleuchtung *						
3.2.7	1	G	D=K.O.	Platzangebot *						
3.2.8	1	G	D=K.O.	Alarmanlage *						
3.2.9	1	G		Notstromversorgung						
3.2.10	1	G		Anforderungen an die Ver- und Entladeeinrichtungen für den Tiertransport						
3.2.11	1	G	D=K.O.	Umgang mit den Tieren beim Verladen						
3.2.12	1	G	D=K.O.	Sachkundenachweis und Fortbildung						
3.3 Futtermittel und Fütterung										
3.3.1	1	G	D=K.O.	Futtermittellieferung *						
3.3.2	1	G		Hygiene der Fütterungsanlagen						
3.3.3	1	G		Handhabung und Lagerung von Futtermitteln						
3.3.4	1	G	D=K.O.	Futtermittelbezug *						
3.3.5	1	G		Zuordnung von Mischfuttermittel-Lieferungen (lose Ware) zu Standortnummern						


Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
3.3.6	1	G		Futtermittelherstellung (Selbstmischer)						
3.3.7	1	G		Futtermittelherstellung in Kooperation					X	
3.3.8	1	G	D=K.O.	Einsatz von Dienstleistern zur Futtermittelherstellung						
3.4 Tränkwasser										
3.4.1	1	G	D=K.O.	Wasserversorgung *						
3.4.2	1	G		Hygiene der Tränkanlagen						
3.5 Tiergesundheit/Arzneimittel										
3.5.1	1	G		Tierärztlicher Betreuungsvertrag						
3.5.2	1	G	D=K.O.	Umsetzung der Bestandsbetreuung *						
3.5.3	1	G	D=K.O.	Bezug und Anwendung von Arzneimitteln und Impfstoffen						
3.5.4	1	G	D=K.O.	Aufbewahrung von Arzneimitteln und Impfstoffen *						
3.5.5	1	G	D=K.O.	Identifikation der behandelten Tiere						
3.6 Hygiene										
3.6.1	1	G		Gebäude und Anlagen						
3.6.2	1	G		Betriebshygiene						
3.6.3	1	G		Umgang mit Einstreu und Beschäftigungsmaterial						

Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
3.6.4	1	G		Kadaverlagerung und - abholung						
3.6.5	1	G		Schädlingsmonitoring und - bekämpfung						
3.6.6	1	G		Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen						
3.7 Monitoringprogramme										
3.7.1	1	G	D=K.O.	Salmonellenmonitoring						
3.7.2	1	G		Salmonellenmonitoring: Maßnahmen zur Reduzierung der Salmonellenbelastung *						
3.7.3	1	G	D=K.O.	Befunddaten-Monitoring						
3.8 Transport eigener Tiere										
3.8.1	1	G		Anforderungen an das Transportmittel					X	
3.8.2	1	G	D=K.O.	Platzangebot beim Transport					X	
3.8.3	1	G		Reinigung und Desinfektion von Transportmitteln					X	
3.8.4	1	G		Lieferpapiere					X	
3.8.5	1	G	D=K.O.	Zeitabstände für das Füttern und Tränken sowie Beförderungsdauer und Ruhezeiten (für Transporte über 50 km)					X	
3.8.6	1	G		Transportpapiere (für Tiertransporte über 50 km)					X	
3.8.7	1	G	D=K.O.	Befähigungsnachweis Fahrer/Betreuer (für Tiertransporte über 65 km)					X	

Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D/ K.O.	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
d II VLOG-Zusatzmodul "Ohne Gentechnik"										
d III.1 Anforderung (nur relevant für Betriebe, die sich über ihren QS Bündler zum VLOG-Zusatzmodul angemeldet haben)										
d III.1.1	0	G		Anforderungen "Ohne Gentechnik"						

Betrieb: _____

Datum: _____

Anforderung Nr.	Faktor	Filter ¹		Kriterium/ Anforderung	A	B	C	D	E	Bemerkungen/ Korrekturmaßn.- Nr.
										
* = Für dieses Kriterium ist unabhängig von der Bewertung anzugeben, anhand welcher Nachweise und/oder Prüfgegenstände die Einhaltung kontrolliert worden ist.										
b I Regionalfenster										
b I.1 Anforderungen (nur relevant für Betriebe, die sich über ihren QS-Bündler zum Regionalfenster angemeldet haben)										
b I.1.1	1			Identifizierung regionaler Ware						
b I.1.2	1			Kennzeichnung von Lieferscheinen						

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

		Anteil C-Bewertungen	Anteil D-Bewertungen	Anteil C+D-Bewertungen	Auditergebnis
<p>*Status I: Bei Überschreitung der 5 % Vorgabe wird dennoch Status I vergeben, sofern nicht mehr als 2 C-Bewertungen vorliegen.</p> <p>**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</p>		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.

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

Betrieb:

Datum:

Überprüfung der Umsetzung der Korrekturmaßnahmen

Ort, Datum

Unterschrift/en Auditor/en

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