MASTITISIMPFUNG (STARTVAC)

Betriebsnummer: ……

Name: ……

Adresse: ……

Fütterung:
- o TMR
- o Grünfutter
- o Silage (o Gras / o Mais)
- o Kraftfutter:……..
- o Transponder
- o ……

Haltung:
- o Anbindestall
- o Weidegang
- o Laufstall
- o …….

Melkanlage:
- o Rohrmelkanlage
- o Kübelmelkanlage
- o Anlage:……
- o letzte Überprüfung am:……..
- o……

Melkhygiene:
- o Melkreihenfolge eingehalten
- o eigenes Melkgeschirr für Mastitiskühe? (o ja / o nein)
- o Zitzenreinigung mit …….....
- o Zitzendippen mit ……
- o ……..

Mastitiden:
- o Anzahl pro Jahr:…….
- o Bestandsproblem (o ja / o nein)
- o Einsendung von Milchproben (%der Fälle):……..
- o …….

www.vetclinic.at
office.grossendorf@vetclinic.at
TRAUNKREIS VET CLINIC GmbH
Großendorf 3
4551 Ried im Traunkreis
Tel. 07588 6170 (Schwein)
Tel. 07586 20708 (Rind)

Ohrmarkennummer/ Name: ……..

Alter: ……. Milchleistung:…….

Grund der Impfung:

- o Bestandsproblem (Keim:……..)
- o Einzeltierproblem
- o hohe Zellzahl (Höhe:……)
- o akute Mastitis
- o chronische Mastitis
- o Milchbefund vom:……..
- o Keim:
  - o E. coli oder coliforme Keime
  - o Staph aureus
  - o KNS
  - o……...

	45 Tage a.p.	10 Tage a.p.	52 Tage p.p.	
Datum TS	**I. Impfung**	**II. Impfung**	**III. Impfung**	**Datum Geburt**

Mastitis/Euterbefunde/Erkrankungen und Bemerkungen in der Laktation nach der Impfung

www.vetclinic.at
office.grossendorf@vetclinic.at
TRAUNKREIS VET CLINIC GmbH
Großendorf 3
4551 Ried im Traunkreis
Tel. 07588 6170 (Schwein)
Tel. 07586 20708 (Rind)