**Anmeldung Blauzungen-Prophylaxe-Projekt**

**Name:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**PLZ/ Wohnort:**

**Telefon:**

**Mobil:**

**Art und Anzahl gehaltene Wiederkäuer:**

**Bio ja** [ ]  **nein** [ ]

**Ich arbeite mit**

[ ]  Tierarztpraxis der IGHN (Liste auf Website): welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Kometian

[ ]  FiBL-Netzwerk

[ ]  Ich bin noch nicht betreut. Bitte kontaktieren Sie mich und teilen mir eine Praxis zu.

**Bemerkungen:**

**Ort, Datum Unterschrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fragebogen 1 Blauzungenprojekt IGHN

**Ausgangslage**

**Blauzunge 2024**

Ich hatte Blauzunge im Bestand

 Untersucht und bestätigt Typ-3 [ ]

 Untersucht und bestätigt Typ-8 [ ]

 Nicht untersucht (Verdacht) [ ]

Ich bin nicht sicher, ob ich Blauzunge im Bestand hatte [ ]

Ich hatte keine Hinweise auf eine Blauzungeninfektion [ ]

**Prävention für 2025**

Für das Jahr 2025 habe ich folgende prophylaktische Massnahmen getroffen

Impfung BTV-3, Impfstoffname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alle Tiere [ ]  Teil der Tiere [ ]

 Welche Tiere nicht? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Impfung BTV-8, Impfstoffname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Alle Tiere [ ]  Teil der Tiere [ ]

 Welche Tiere nicht? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insektenprophylaxe

 Was\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflanzliche Präparate, welche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Homöopathische Präparate, welche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fragebogen 2 Blauzungenprojekt IGHN

**Zusammenfassung der Blauzungenfälle (=BT) 2025**

(Auszufüllen Ende 2025)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Anzahl Tiere insgesamt auf dem Betrieb | Anzahl an BT erkrankter und geheilter Tiere | Anzahl an BT gestorbener Tiere | Anzahl Aborte |
| Schweregrad 1 (Allgemein-zustand gut, Appetit gut) | Schweregrad 2 (Allgemein-zustand und/oder Appetit vermindert) | Schweregrad 3 (Allgemein-zustand schlecht/ festliegend) |
| Milchkühe |  |  |  |  |  |  |
| Mutterkühe |  |  |  |  |  |  |
| Muni |  |  |  |  |  |  |
| Kälber |  |  |  |  |  |  |
| Aufzuchtrinder |  |  |  |  |  |  |
| Mastrinder |  |  |  |  |  |  |
| Milchschafe |  |  |  |  |  |  |
| Mutterschafe |  |  |  |  |  |  |
| Schafböcke |  |  |  |  |  |  |
| Lämmer |  |  |  |  |  |  |
| Ziegen |  |  |  |  |  |  |
| Ziegenböcke |  |  |  |  |  |  |
| Gitzi |  |  |  |  |  |  |
| Lamas |  |  |  |  |  |  |
| Alpakas |  |  |  |  |  |  |

**Falls Erkrankungen festgestellt wurden:**

Zeitraum der BT Erkrankungen im Betrieb: von Datum: von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurden erkrankte Tiere mit BT-Symptomen auf BT untersucht? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, welcher Typ wurde festgestellt? BTV-3 [ ]  BTV-8 [ ]  anderer Typ [ ]  welcher?\_\_\_

Welche Symptome waren vorherrschend? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie wurde behandelt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_