

**Dokumentation des Maßnahmenprogramms bei der Zucht von Katzen**

**Allgemeine Information**

Gem. § 44 Abs. 17 TSchG besteht eine besondere Meldepflicht für Personen, welche Muttertiere aus Tierrassen zur Zucht einsetzen, bei denen Qualzuchtmerkmale auftreten. Im vorzulegenden Maßnahmenprogramm muss erkennbar sein, durch welche züchterischen Maßnahmen der/die Züchter/in versucht, die gesundheitliche Beeinträchtigung der Nachkommen zu reduzieren und in Folge zu beseitigen.

Hinweis für den/die Betreuungstierarzt/-ärztin:

Nähere Angaben zur unten erforderlichen Beurteilung der Zuchtrichtlinien bzw.

Maßnahmenprogrammen finden Sie in den Erläuterungen.

**Empfangsstelle**

Zuständige Bezirksverwaltungsbehörde

**Tierhalter/-in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anrede **\*** | Frau | Herr |  |
| Vorname **\*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Familienname **\*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  |  |  |
| **Adresse** |  |  |  |
| Straße **\*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Hausnummer \* | \_\_\_\_\_ | bis \_\_\_\_\_ Stiege \_\_\_\_\_ | Tür \_\_\_\_\_ |
| Postleitzahl **\*** | \_\_\_\_\_\_\_\_ | Ort **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |  |  |
| **Kontaktdaten** |  |  |  |
| Telefon \* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| E-Mail \* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |  |
| **Betreuende/r Tierärztin/Tierarzt** | | |  |
| Anrede **\*** | Frau | Herr |  |

Vor- und Nachname (oder Stempel) **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_ Ort **\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seite 1 von 6

**Block A Angaben zum Tier/zu den Tieren**

**Angaben zu den weiblichen Zuchttieren**

Rasse bzw. bei Mix: Elterntierrassen

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

Anzahl der Kätzinnen

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

Chipnummern Kätzinnen

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EU-Heimtierausweis(e)/Impfpass(-pässe) vorhanden (§ 15 TSch-SV) | Ja | Nein |

**Angaben zu den männlichen Zuchttieren**

Rasse bzw. bei Mix: Elterntierrassen

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

Anzahl der Kater \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chipnummer(n) Kater

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EU-Heimtierausweis(e)/Impfpass(-pässe) vorhanden (§ 15 TSch-SV) | Ja | Nein |

**Anmerkungen**

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

Seite 2 von 6

**Block B** **Zuchtziele, spezifische Zuchtprogramme und**

**Maßnahmenprogramme** (vom Tierarzt/von der Tierärztin bzgl. der Zucht insgesamt auszufüllen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Maßnahmenprogramm zur Gesunderhaltung grundsätzlich vorhanden? | Ja | Nein |
| Allgemeine Zuchtziele vorhanden? (4.1) | Ja | Nein |
| Rassespezifische Zuchtprogramme bzw. Zuchtordnungen |  |  |
| vorhanden? (4.2) | Ja | Nein |
| Populationsanalyse bzw. rassespezifische Sachverhaltsdarstellung |  |  |
| vorhanden? (4.3) | Ja | Nein |

**Welche Untersuchungen (Screenings, molekulargenetische Untersuchungen) wurden zur Zuchtzulassung durchgeführt,** z.B.: Röntgendiagnose (HD, ED…); Rhinomanometrie, Hirnstammaudiometrie usw.)? **Ergebnisse der Untersuchungen sind anzuführen**:

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

Welche Konsequenzen haben Untersuchungsergebnisse für die Zucht?

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Selektionsstrategie bzw. Wahl des passenden Paarungspartners |  |  |
| vorhanden (4.4)? | Ja | Nein |

**Dokumentation über vorangegangene Würfe vorhanden?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurfprotokoll wird geführt | Ja | Nein |
| Gesundheitszustand und Verfassung Kätzin vor/nach der Geburt | Ja | Nein |
| Dokumentation Gesundheitszustand je Wurf | Ja | Nein |
| Totgeburten | Ja | Nein |
| (spätere) Erkrankungen/Todesfälle der Welpen | Ja | Nein |

Seite 3 von 6

Nach welchen spezifischen Kriterien erfolgte die Selektion der Paarungspartner?

Wie erfolgt die Dokumentation der Verpaarungen?

Welches spezifische Zuchtprogramm war die Grundlage für die Partnerwahl?

Welche rassespezifischen Sachverhaltsdarstellungen/Recherchen haben zur Wahl des Paarungspartners geführt?

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

Anmerkungen:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriterien für das Maßnahmenprogramm ausreichend?** | **Ja** | **Nein** |

**Verbesserungsaufträge**

Seite 4 von 6

**Block C** **Tierärztliche Beurteilung der Zuchttiere** (vom Tierarzt/von der Tierärztin

für jedes einzelne Zuchttier auszufüllen; bei Bedarf Seite duplizieren)

Tier/Geschlecht/Chipnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Block C1 Grunduntersuchung vorhanden?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gibt es Erkrankungen bei dem Zuchttier ? | Ja | Nein |

Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jährliche klinische Untersuchung? | Ja | Nein | zuletzt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Aufzeichnungen über medizinische |  |  |  |
| Behandlungen vorhanden? (§ 21 TSchG) | Ja | Nein |  |

Welche? Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grunduntersuchungen ausreichend?** | **Ja** | **Nein** |

**Block C2 Qualzuchtmerkmale feststellbar?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Atemnot | Ja | Nein |
| Bewegungsanomalien | Ja | Nein |
| Lahmheiten bzw. schmerzhafte Beeinträchtigung der Bewegung im |  |  |
| Zusammenhang mit extremen Körperformen | Ja | Nein |
| Entzündungen der Haut | Ja | Nein |
| Haarlosigkeit | Ja | Nein |
| Entzündungen der Lidbindehaut und/oder der Hornhaut | Ja | Nein |
| Blindheit | Ja | Nein |
| Exophthalmus | Ja | Nein |
| Taubheit | Ja | Nein |
| Neurologische Symptome | Ja | Nein |
| Fehlbildungen des Gebisses | Ja | Nein |
| Missbildungen der Schädeldecke | Ja | Nein |
| Körperformen, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, |  |  |
| dass natürliche Geburten nicht möglich sind | Ja | Nein |

**Anmerkungen**

(z.B. Tier zur Zucht nur bedingt geeignet)

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

Seite 5 von 6

**Unterschrift des Tierarztes/der Tierärztin**

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben zu den Blöcken B, C1 und C2 für folgende Zuchttiere

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Tierarzt/-ärztin

**Zustimmung Tierhalter**

 Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail über folgende Adresse zu.

**Allgemeine Hinweise für den Tierhalter**

**Datenschutz**

**Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO**

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter [www.burgenland.at/datenschutz](http://www.burgenland.at/datenschutz%20) abrufbar.

Seite 6 von 6