



Untersuchungsauftrag Lebensmittel

Auftraggeber (Name, Adresse, Telefonnummer, e-mail Adresse!):

genaue Bezeichnung der Probe(n):

(z.Bsp. aus Rohmilch, aus pasteurisierter oder thermisierter Milch, Rohpökelware, Brühdauerwurst usw.)

Produktionsdatum:

Charge / Losnummer:

Mindeshaltbarkeitsdatum (MHD):

Verpackung:

Lagertemperatur: Raumtemperatur: gekühlt: tiefgekühlt:

Untersuchungsparameter:

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Gesamtkeimzahl | <input type="checkbox"/> | gem. Leitlinie Milch und Milchprodukte |
| <input type="checkbox"/> | K.(+) Staphylokokken | <input type="checkbox"/> | gem. DGHM |
| <input type="checkbox"/> | Enterobacteriaceae | <input type="checkbox"/> | gem. gesetzl. Vorgaben |
| <input type="checkbox"/> | Lactobacillen | <input type="checkbox"/> | zusätzliche Untersuchungen: |
| <input type="checkbox"/> | Coliforme | | |
| <input type="checkbox"/> | Bac. cereus | | |
| <input type="checkbox"/> | Salmonella | | |
| <input type="checkbox"/> | Listeria | | |
| <input type="checkbox"/> | Hefe | | |
| <input type="checkbox"/> | Schimmel | | |

Datum und Unterschrift: