

Untersuchungsauftrag – Mikrobiologische Prüfung von Lebensmittel

Auftraggeber		Rechnung an	
Firma:		☐ Auftraggeber	☐ Folgende Adresse
Ansprechperson:		Firma:	
Strasse:		Strasse:	
PLZ Ort:		PLZ Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
E-Mail:		Bericht per:	☐ Post ☐ E-Mail
		Rechnung per:	☐ Post ☐ E-Mail

Nr.:	Bezeichnung	Prod.-Datum	Artikel-Nr.	Charge	Verbr.Datum/ MHD	Prüfdatum
1						
2						
3						
4						
5						

Prüfparameter	Mikrobiologische Prüfungen				
Bitte Prüfparameter ankreuzen	1	2	3	4	5
Aerobe mesophile Keime	☐	☐	☐	☐	☐
Enterobacteriaceae	☐	☐	☐	☐	☐
Escherichia coli	☐	☐	☐	☐	☐
Koagulasepositive Staphylokokken	☐	☐	☐	☐	☐
präsumtive Bacillus cereus	☐	☐	☐	☐	☐
Hefen / Schimmelpilze	☐	☐	☐	☐	☐
Laktobazillen	☐	☐	☐	☐	☐
Clostridium perfringens	☐	☐	☐	☐	☐
Coliforme Keime	☐	☐	☐	☐	☐
Salmonella spp in 25g	☐	☐	☐	☐	☐
Campylobacter spp in 25g	☐	☐	☐	☐	☐
Listeria monocytogenes quantitativ	☐	☐	☐	☐	☐
Listeria monocytogenes qualitativ in 25g	☐	☐	☐	☐	☐

Datum:

Unterschrift:

Probeneingang: Datum/Temperatur/Visum