

Untersuchungsauftrag -Trinkwasser

Berichtsempfänger/in		Kopieempfänger/in	
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Strasse:	<input type="text"/>
PLZ Ort:	<input type="text"/>	PLZ Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Bericht per:	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail	Bericht per:	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail

Probe Nr,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gemeinde	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung der Probenahmestelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wassertemperatur (°C)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erhebungszeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwendung als 1 = Trinkwasser 2 = kein Trinkwasser	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wasser desinfiziert 0 = Nein / 1 = Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herkunft Q = Quelleinlauf in Fassungsbrunnstube G = Aus Grundwasserpumpwerk V = aus dem Zuleitungs- oder Viertelnetz	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prüfparameter	Mikrobiologische Untersuchung <input type="checkbox"/>	Mikrobiologische Untersuchung <input type="checkbox"/>
	Nitrat Analyse <input type="checkbox"/>	Nitrat Analyse <input type="checkbox"/>
	Chemische Analyse <input type="checkbox"/>	Chemische Analyse <input type="checkbox"/>
	Chlorothalonil <input type="checkbox"/>	Chlorothalonil <input type="checkbox"/>

Eingangdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MB: Nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visum	<input type="text"/>	<input type="text"/>