



Probenbegleitschein

Betrieb	Telefon
Ansprechpartner	Fax
Strasse	eMail
PLZ/Ort	Versand Datum

Milcherzeugnisse - Butter - aus pasteurisierter Milch

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. streichen, wenn Untersuchung nicht gewünscht wird

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
Milch - past./Konsummilch			
Keimgehalt	4xjährl.		
gramneg. Keime (Enterob./Pseudomon.)	4xjährl.		
Rekontamin.titer-MHD Test	4xjährl.		
Salmonellen	4xjährl.		

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
Frischkäse/Quark aus past.Milch			
koagulasepos.Staphylokokken	4xjährl.		
Listeria monozytogenes	1xjährl.		
Salmonellen	1xjährl.		
Coliforme/E.coli	4xjährl.		
Hefen Schimmel	4xjährl.		

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
Joghurt/Milcherzeugnis aus past.Milch			
koagulasepos.Staphylokokken	4xjährl.		
Listeria monozytogenes	1xjährl.		
Salmonellen	1xjährl.		
Coliforme/E.coli	4xjährl.		
Hefen Schimmel	4xjährl.		

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
Butter aus past.Milch			
koagulasepos.Staphylokokken	4xjährl.		
Listeria monozytogenes	1xjährl.		
Salmonellen	1xjährl.		
Enterob./E.coli/Pseudomon.	4xjährl.		
Hefen Schimmel	4xjährl.		
Wassergehalt	4xjährl.		