

MIH - Probenbegleitschein

Betrieb	Telefon
Ansprechpartner	Fax
Strasse	E-Mail
PLZ / Ort	Versand Datum

Sonstige Produkte

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. streichen, wenn Untersuchungen nicht gewünscht werden

ROHMILCH	Bezeichnung:	Bezeichnung:
	Datum vom:	Datum vom:
Staph. aureus / E. coli / Colif.		
Keimzahl (Säure-/Nichtsäurebildner)		
Salmonellen		
Clostridien - Sporen		
Gramnegative (Pseudom/Colif)		

PAST. MILCH	Bezeichnung:	Bezeichnung:
	Datum vom:	Datum vom:
Enterobakterien (VRBD)		
Keimzahl (Säure-/Nichtsäurebildner)		
Salmonellen		
Clostridien - Sporen		
Gramnegative (Pseudom/Colif)		

KESSELMILCH	Bezeichnung:	Bezeichnung:
	Herstelldatum/ MHD	Herstelldatum / MHD
Coliforme / E. Coli.	X bei Bedarf	X bei Bedarf
Staph. aureus	X bei Bedarf	X bei Bedarf
Clostridien	X bei Bedarf	X bei Bedarf

SALZBAD	Bezeichnung:	Bezeichnung:
	Herstelldatum/ MHD	Herstelldatum / MHD
Säuregrad / pH / Salzgehalt	2-4 x jährlich	2-4 x jährlich
Salztolerante Keime	2-4 x jährlich	2-4 x jährlich
Hefen / Schimmel	2-4 x jährlich	2-4 x jährlich

SCHMIERWASSER/GULLY	Bezeichnung:	Bezeichnung:
UNTERSUCHUNGEN	Herstelldatum/ MHD	Herstelldatum / MHD
Listerien	4xjährlich	4xjährlich
