



Probenbegleitschein

Betrieb	Telefon
Ansprechpartner	Fax
Strasse	eMail
PLZ/Ort	Versand Datum

Milcherzeugnisse - Butter - aus Rohmilch

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

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
Rohmilch			
Keimgehalt (Säure-/Nichtsäurebildner)	bei Bedarf		
gramneg. Keime (Enterob./Pseudomon.)	bei Bedarf		
STEC (shigatoxinbildende E.coli)	1xjährl.		
koagulasepos.Staphylokokken	bei Bedarf		
Listeria monozytogenes	1xjährl.		
Salmonellen	bei Bedarf		
Gärprobe	bei Bedarf		
Keimgehalt *)	bei Bedarf		
Zellgehalt *)	bei Bedarf		

*) Überprüfung der Anforderungen lt. EU-VO 453 hinsichtlich Keim- und Zellgehalt, BacSomatic: 25.00 €/Probe

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

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

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
Butter aus Rohmilch			
koagulasepos.Staphylokokken	4xjährl.		
Listeria monozytogenes	1xjährl.		
Salmonellen, STEC	1xjährl.		
Enterob./E.coli/Pseudomon.	4xjährl.		
Hefen Schimmel	Bedarf		
Wassergehalt	4xjährl.		
Wasserfeinverteilung (Vapor Papier)	Bedarf		

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
nährwertrelevante Analysen			
Fett, Eiweiß	bei Bedarf		
Kohlehydrate, Zucker, NaCl	bei Bedarf		
gesättigte Fettsäuren	bei Bedarf		
Trockenmasse	bei Bedarf		