



Probenbegleitschein

Betrieb	_____	Telefon	_____
Ansprechpartner	_____	email	_____
Strasse	_____	Probenahme	_____
PLZ/Ort	_____	Person	_____

Ich möchte meine Rechnung erhalten per : E-Mail Post (Mehrfachauswahl möglich)

Ich möchte den Befund erhalten per: E-Mail Post (Mehrfachauswahl möglich)

Probenbezeichnung (z.B. Sorte, MHD, Charge):

Beschreibung der Auswirkung bei Problemfällen:

Bitte gewünschte Untersuchungen ankreuzen:

ggf. bei Problemfälle: Untersuchung nach Rücksprache mit Dr.Hüfner

mikrobiologische Analysen	
gramnegative Keime (Enterob./Pseudomon.)	<input type="checkbox"/>
Coliforme/E.coli	<input type="checkbox"/>
Hefen / Schimmel	<input type="checkbox"/>
Keimgehalt (Säure-/Nichtsäurebildner)	<input type="checkbox"/>
thermophile Milchsäurebakterien	<input type="checkbox"/>
Laktokokken, Leuconostoc	<input type="checkbox"/>
Aromabildner /citratabbauende Bakterien	<input type="checkbox"/>
Heterofermentative Gasbildner	<input type="checkbox"/>
Lactobacillen - allgemein	<input type="checkbox"/>
Lactobacillus parabuchneri	<input type="checkbox"/>
Clostridien (Sporen) - käseerschädlich	<input type="checkbox"/>
Clostridien (Sporen) - sulfitreduzierende	<input type="checkbox"/>
Propionibakterien	<input type="checkbox"/>
Bacillen -allgemein	<input type="checkbox"/>
Bacillen -Sporen	<input type="checkbox"/>
Bacillus cereus	<input type="checkbox"/>
Salztolerante Mikroorganismen	<input type="checkbox"/>
Verfärbungsrelevante Mikroorganismen	<input type="checkbox"/>
Bifidobakterien	<input type="checkbox"/>
koagulasepos.Staphylokokken	<input type="checkbox"/>
Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/>
Listeria species	<input type="checkbox"/>
Salmonellen	<input type="checkbox"/>
STEC (shigatoxinbildende E.coli)	<input type="checkbox"/>

Chemische Analysen	
Fett	<input type="checkbox"/>
Trockenmasse	<input type="checkbox"/>
Eiweiß	<input type="checkbox"/>
Kochsalz	<input type="checkbox"/>
Natrium	<input type="checkbox"/>
Calcium	<input type="checkbox"/>
Laktose	<input type="checkbox"/>
Galaktose	<input type="checkbox"/>
Glucose	<input type="checkbox"/>
Zitronensäure	<input type="checkbox"/>
D-, L+ Milchsäure	<input type="checkbox"/>
NPN	<input type="checkbox"/>
Butterwassergehalt	<input type="checkbox"/>

Erhitzungsnachweis / Phosphatase

Phagen-/Säuerungstest

Salzbaduntersuchungen

Fluoreszensoptische Messung (BacSomatic)	
Keimgehalt / BacSomatic	<input type="checkbox"/>
Zellgehalt / BacSomatic	<input type="checkbox"/>



LABOR DR.HÜFNER GmbH
Bahnhofstr. 1
88145 Hergatz

Telefon: 08385/921696
Telefax: 08385/922475
Mobil: 0172 8167566
eMail: info@mih-huefner.de

www.MIH-HUEFNER.DE