



Probenbegleitschein

Betrieb	Telefon
Ansprechpartner	Fax
Strasse	eMail
PLZ/Ort	Versand Datum

Sonstige Proben - Umfeldproben

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		
koagulasepos. Staphylokokken	bei Bedarf		
STEC (shigatoxinbildende E.coli)	1xjährl.		
Listeria monozytogenes	1xjährl.		
Salmonellen	bei Bedarf		
Clostridien (Sporen)	bei Bedarf		
Propionibakterien	bei Bedarf		
heteroferm. Lactobac. (Lb.buchneri,...)	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

Salzbad		A:	B:
salztolerante Keime	1xjährl.		
Hefen & Schimmel	1xjährl.		
Listeria monozytogenes	1xjährl.		
pH/°SH	1xjährl.		
Salzgehalt (°BE)	1xjährl.		

Schmierwasser bzw. Gully		A:	B:
Listeria monozytogenes	4xjährl.		

Trink-/Brauchwasser		A:	B:
Keimgehalt	1xjährl.		
Coliforme/E.coli	1xjährl.		
Enterokokken	bei Bedarf		
gramneg./Pseudomonaden	1xjährl.		