



<b>Betrieb</b>	<b>Telefon</b>
<b>Ansprechpartner</b>	<b>Fax</b>
<b>Strasse</b>	<b>eMail</b>
<b>PLZ/Ort</b>	<b>Versand Datum</b>

## Milcherzeugnisse - Butter - aus Rohmilch

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

Produkt/Parameter	Untersuch. rhythmus	Probe/Bezeichnung/ Datum	
		A:	B:
<b>Rohmilch</b>			
Keimgehalt (Säure-/Nichtsäurebildner)	bei Bedarf		
gramneg. Keime (Enterob./Pseudomon.)	bei Bedarf		
STEC (shigatoxinbildende E.coli)	bei Bedarf		
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:
<b>Frischkäse/Quark aus Rohmilch</b>			
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:
<b>Joghurt/Milcherzeugnis aus Rohmilch</b>			
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:
<b>Butter aus Rohmilch</b>			
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:
<b>nährwertrelevante Analysen</b>			
Fett, Eiweiß	bei Bedarf		
Kohlehydrate, Zucker, NaCl	bei Bedarf		
gesättigte Fettsäuren	bei Bedarf		
Trockenmasse	bei Bedarf		