

Auftrag Lebensmittel Mikrobiologie / Chemie

Einsender:

Name:

Straße:

Ort:

Kontakt:

Telefon:

Email:

Berichtsempfänger

s. Einsender

Name:

Straße:

Ort:

Kontakt:

Telefon:

Email:

Rechnungsempfänger

s. Einsender s. Berichtsempfänger

Name:

Straße:

Ort:

Kontakt:

Telefon:

Email:

Probenahme

Probenehmer _____

Datum _____

Uhrzeit _____

	Probenbezeichnung und Anmerkungen	Lagertemp. [°C]	MHD	Untersuchungsbeginn
Probe 1				
Probe 2				
Probe 3				
Probe 4				
Probe 5				
Probe 6				
Probe 7				
Probe 8				
Probe 9				
Probe 10				

Prüfumfang

mikrobiologisch		chemisch	
<input type="checkbox"/> aerobe Gesamtkeimzahl	<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/> Big 4	<input type="checkbox"/> Ethanol
<input type="checkbox"/> anaerobe Gesamtkeimzahl	<input type="checkbox"/> Listeria spp.	<input type="checkbox"/> Big 7	<input type="checkbox"/> Phosphor
<input type="checkbox"/> aerobe Sporenbildner	<input type="checkbox"/> Campylobacter spp.	<input type="checkbox"/> Big 8	<input type="checkbox"/> Knochenpartikel
<input type="checkbox"/> anaerobe Sporenbildner	<input type="checkbox"/> Clostridien (mesoph. sulf.)	<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae	<input type="checkbox"/> Clostridium perfringens	<input type="checkbox"/> Protein	<input type="checkbox"/> Fremdkörper
<input type="checkbox"/> Escherichia coli	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Fett	<input type="checkbox"/> Acrylamid
<input type="checkbox"/> coliforme Keime	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> Asche	<input type="checkbox"/> Mosh & Moah
<input type="checkbox"/> Enterokokken	<input type="checkbox"/> Hemmstoffe	<input type="checkbox"/> Fettsäuren	<input type="checkbox"/> Dioxine, ndl-PCB, dl-PCB
<input type="checkbox"/> Laktobazillen	<input type="checkbox"/> Sensorik, kurz	<input type="checkbox"/> Natrium	<input type="checkbox"/> Sorbin- & Benzooesäure
<input type="checkbox"/> Pseudomonaden		<input type="checkbox"/> Zuckerspektrum	<input type="checkbox"/> aw-Wert
<input type="checkbox"/> Hefen / Schimmelpilze	<input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Kohlenhydrate	<input type="checkbox"/> Pestizide
<input type="checkbox"/> Staphylokokken (koag. pos)		<input type="checkbox"/> Hydroxyprolin, BE, BEFFE, BEFFE in FE	Vitamine: _____
<input type="checkbox"/> Bacillus cereus		<input type="checkbox"/> Ballaststoffe	Mykotoxine: _____
<input type="checkbox"/> Salmonella spp.		<input type="checkbox"/> Brennwerte	Metalle: _____
		<input type="checkbox"/> Stärke	sonstiges: _____
		<input type="checkbox"/> Wasser / Eiweiß-Verh.	
		<input type="checkbox"/> Lactose, enzymatisch	
		<input type="checkbox"/> pH-Wert	
		<input type="checkbox"/> Peroxidzahl	

Produktprüfung

- Verkehrsfähigkeitsprüfung
 Deklaration
 Füllmengen

- Sensorik
 Sensorik nach Zubereitung

sonstige: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Auftraggeber/Zusteller _____