

## Auftrag Futtermittel

**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
Probe 1	
Probe 2	
Probe 3	
Probe 4	
Probe 5	
Probe 6	
Probe 7	
Probe 8	
Probe 9	
Probe 10	

**Prüfumfang**

mikrobiologisch	chemisch	molekularbiologisch
<input type="checkbox"/> aerobe Gesamtkeimzahl <input type="checkbox"/> anaerobe Gesamtkeimzahl <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae <input type="checkbox"/> Coliforme Bakterien <input type="checkbox"/> Escherichia Coli <input type="checkbox"/> Enterokokken <input type="checkbox"/> Staphylokokken (koag. pos.) <input type="checkbox"/> Hefen und Schimmelpilze <input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/> Aerobe Sporenbildner <input type="checkbox"/> Anaerobe Sporenbildner <input type="checkbox"/> Clostridium perfringens <input type="checkbox"/> Salmonella spp <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes <input type="checkbox"/> Listeria spp. <input type="checkbox"/> Bacillus cereus  <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Asche <input type="checkbox"/> Rohfaser <input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> Fett <input type="checkbox"/> Zucker <input type="checkbox"/> Stärke <input type="checkbox"/> ME Geflügel <input type="checkbox"/> ME Schwein  <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Phosphor <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Cadmium  Mykotoxine: _____ Vitamine: _____ Aminosäuren: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Salmonella spp <input type="checkbox"/> Salmonella enteritidis <input type="checkbox"/> Salmonella Typhimurium <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes  <input type="checkbox"/> GVO Screening 35S, NOS, FMV <input type="checkbox"/> GVO RR, Soja (GTS 40-3-2) <input type="checkbox"/> GVO RR 2Yield Soja (MON89788) <input type="checkbox"/> VLOG Screening (extern)  <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____ _____

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Auftraggeber/Zusteller