



MBFG

An der Feldmark 16
31515 Wunstorf
Tel.: 0 50 31 – 96 90 94
Fax: 0 50 31 – 96 90 95
www.mbfq.de

Auftrag zur lebensmittelhygienischen Untersuchung von Vorzugsmilch bzw. Rohmilch

Auftraggeber

Name
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Fax-Nr.
(falls der MBFG bisher nicht bekannt)
E-Mail-Adresse
(falls der MBFG bisher nicht bekannt)
Tel.-Nr.
(falls der MBFG bisher nicht bekannt)

Gewünschte Untersuchungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Für den Betrieb übliche Standarduntersuchung

Von Vorzugsmilch gemäß Anlage 9 zur Tierischen-Lebensmittel-Hygieneverordnung (Tier-LMVO vom 08.08.2007) geforderte (und im Labor der MBFG untersuchte) Parameter:
somatischer Zellgehalt, Phosphataseaktivität, Gesamtkeimzahl, Enterobacteriaceae [Coliforme u.a.m.], koagulasepositive Staphylokokken, Salmonellen sowie den „Ausschluss von pathogenen Mikroorganismen und deren Toxine in Verbraucher gefährdenden Mengen“; die MBFG untersucht in diesem Zusammenhang auf EHEC-Toxin

Untersuchung nur bzw. zusätzlich auf folgende Parameter:

- Zellgehalt
- Gesamtkeimzahl
- Enterobacteriaceae [Coliforme u.a.m.]
- koagulasepositive Staphylokokken
- Salmonellen
- EHEC-Toxin
- Listeria monocytogenes*
- thermophile *Campylobacter species*

sonstige gewünschte Untersuchung: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Probenliste

Probennummer (Probengefäße bitte entsprechend kennzeichnen)	Bezeichnung des Untersuchungsguts
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Datum der Probennahme

Datum des Probenversands

Weitere Angaben bzw. Hinweise des Auftraggebers: