



**Auftrag zur lebensmittelhygienischen Untersuchung
von Rohmilch zwecks Kontrolle des Status dieser Milch bei
Abgabe über einen Rohmilchabgabeautomaten**

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

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)

Untersuchung nur auf folgende Parameter:

- Zellgehalt
- Gesamtkeimzahl (kulturelles Verfahren)
- Enterobacteriaceae (Coliforme u.a.m.)
- koagulasepositive Staphylokokken
- Salmonellen
- EHEC (Untersuchung auf das Toxin)
- Listeria monocytogenes*
- thermophile *Campylobacter species*

sonstige gewünschte Untersuchung: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Falls Sie hinsichtlich der Wahl der Untersuchungsparameter Beratung wünschen, wenden Sie sich bitte an ein Mitglied des tierärztlichen Teams der MBFG. Tel.: 0 50 31 – 96 90 94

Probenliste

Probennummer (Probengefäße bitte entsprechend kennzeichnen)	etwaige Angabe zum Untersuchungsgut / zur jeweiligen Probe
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Datum der Probennahme

Datum des Probenversands

Weitere Angaben bzw. Hinweise des Auftraggebers: