



Auftrag zur quantitativen mikrobiologischen Untersuchung von Tupferproben aus einer Melkanlage

(Stieltupfer in 9ml Pepton-NaCl-Lsg.; Zweck: Hygienekontrolle)

Betreffender Milchviehbetrieb:

Probennehmer/-in:

Betriebsangehörige/r

Tierarztpraxis / Berater/-in

(Falls sinnvoll, bitte hier Adressangaben machen.)

	Name	
	Straße, Nr.	
	PLZ, Ort	
	E-Mail-Adresse	
	Telefonnr.	

Melksystem:

Weitere Kontaktdaten (z. B. zu Tierarztpraxis und / oder beteiligter Beraterin bzw. beteiligtem Berater und / oder beteiligter Organisation) im Bedarfsfall hier angeben:

Probenentnahme und -versand:

Probenentnahme (Datum, Uhrzeit):
Lagerung bis zum Versand gekühlt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Versand (Datum, evt. Uhrzeit):
Grund der Beprobung/Vorbericht:

Gewünschte quantitative kulturelle Untersuchung

(Bitte ankreuzen. Hinweis: Eine Probe kann auch für mehrere Untersuchungen herangezogen werden.)

Gesamtkeimzahl (GKZ)

alle Proben / siehe Probenliste

Enterobacteriaceae (Entero)

alle Proben / siehe Probenliste

Hefen/Schimmelpilze/Prototheken (HSP)

alle Proben / siehe Probenliste

Andere Untersuchung: _____

alle Proben / siehe Probenliste

Befundbericht an:

(Mehrfachnennung ist mögl.)

Milchviehbetrieb Tierarztpraxis Probennehmer/-in

Andere Adressatin / anderer Adressat: _____

Rechnung an:

Milchviehbetrieb Tierarztpraxis _____

Ort, Datum

Unterschrift (Auftraggeber/-in)

Probenliste

Probennummer (Tupfer bitte mit Nr. beschriften)	Entnahmestelle	Größe des beprobten Bereichs in cm² (circa)	zeitlicher Bezug der Probenentnahme zur Reinigung und/oder Desinfektion vor oder nach Hauptreinigung (vHR / nHR) vor oder nach Zwischenreinigung (vZR / nZR) vor oder nach Zwischendesinfektion (vZD / nZD)	Untersuchung auf: GKZ / Entero / HSP / andere Hier ankreuzen, wenn nicht auf Seite 1 für alle Proben festgelegt.
1				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
2				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
3				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
4				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
5				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
6				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
7				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
8				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
9				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
10				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>

Falls Sie weitere Mitteilungen machen möchten, nutzen Sie bitte eine weitere Seite bzw. weitere Seiten.

MBFG, An der Feldmark 16, 31515 Wunstorf, Tel.: 0 50 31 – 96 90 94

Probenliste (Fortsetzung)

Proben- nummer (Tupfer bitte mit Nr. beschriften)	Entnahmestelle	Größe des beprobten Bereichs in cm² (circa)	zeitlicher Bezug der Probenentnahme zur Reinigung und/oder Desinfektion vor oder nach Hauptreinigung (vHR / nHR) vor oder nach Zwischenreinigung (vZR / nZR) vor oder nach Zwischendesinfektion (vZD / nZD)	Untersuchung auf: GKZ / Entero / HSP / andere Hier ankreuzen, wenn nicht auf Seite 1 für alle Proben festgelegt.
11				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
12				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
13				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
14				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
15				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
16				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
17				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
18				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
19				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
20				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>

Falls Sie weitere Mitteilungen machen möchten, nutzen Sie bitte eine weitere Seite bzw. weitere Seiten.

MBFG, An der Feldmark 16, 31515 Wunstorf, Tel.: 0 50 31 – 96 90 94

Probenliste (Fortsetzung)

Proben- nummer (Tupfer bitte mit Nr. beschriften)	Entnahmestelle	Größe des beprobten Bereichs in cm² (circa)	zeitlicher Bezug der Probenentnahme zur Reinigung und/oder Desinfektion vor oder nach Hauptreinigung (vHR / nHR) vor oder nach Zwischenreinigung (vZR / nZR) vor oder nach Zwischendesinfektion (vZD / nZD)	Untersuchung auf: GKZ / Entero / HSP / andere Hier ankreuzen, wenn nicht auf Seite 1 für alle Proben festgelegt.
21				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
22				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
23				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
24				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
25				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
26				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
27				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
28				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
29				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
30				GKZ <input type="checkbox"/> Entero <input type="checkbox"/> HSP <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>

Falls Sie weitere Mitteilungen machen möchten, nutzen Sie bitte eine weitere Seite bzw. weitere Seiten.

MBFG, An der Feldmark 16, 31515 Wunstorf, Tel.: 0 50 31 – 96 90 94