



Auftrag zur lebensmittelhygienischen Untersuchung von Käse

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

Für den Betrieb übliche Standarduntersuchung

laut VO (EG) 2073/2005 geforderte Parameter:

Käse aus pasteurisierter Milch:

Listeria monocytogenes in 25 g , *E. coli*, koagulasepositive Staphylokokken

Käse aus Rohmilch:

Listeria monocytogenes in 25 g, Salmonellen in 25 g, koagulasepositive Staphylokokken

Untersuchung nur auf folgende mikrobiologische Parameter

Listeria monocytogenes in 25 g

E. coli

Salmonellen in 25 g

koagulasepositive Staphylokokken

sonstige gewünschte Untersuchung: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Probenliste

Probennummer (Probengefäße bitte entsprechend kenn- zeichnen)	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: