



**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.mbf.de](http://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)

aktuelle Preise unter [www.mbf.de](http://www.mbf.de) oder hier:

**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**

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

\_\_\_\_\_

*Datum der Probennahme*

\_\_\_\_\_

*Datum des Probenversands*

Weitere Angaben bzw. Hinweise des Auftraggebers: