



**MBFG**

An der Feldmark 16  
31515 Wunstorf  
Tel.: 0 50 31 – 96 90 94  
Fax: 0 50 31 – 96 90 95  
[www.mbfq.de](http://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)

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

### 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**

<b>Probennummer</b> (Probengefäße bitte entsprechend kennzeichnen)	<b>Bezeichnung des Untersuchungsguts</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: