

Auftrag zur Probenahme und Untersuchung

Milchprüfing Baden-Württemberg e.V.
Marie-Curie-Straße 19
73230 Kirchheim / Teck

Fax: 07021 – 505 350
E-Mail: Info@milchpruefring.de

Datum: _____

Hiermit beauftrage(n) ich/wir (Lieferant) die Probenahme und Untersuchung:

Name Vorname Molkerei Lieferanten Nr.

Ortschaft Straße PLZ Ort

Die Lieferaussetzung erfolgt wegen

- somatischer Zellgehalt
 Keimzahl

Wir bitten Sie, ab _____ die erforderlichen Probenahmen und Untersuchungen durchzuführen.

Milcherfassung: eintägig zweitägig

Durchschnittliche Milchmenge: _____ kg Milch/Abholung

Die gesamte Milchmenge wird ganztägig gekühlt für die Probenahme bereitgestellt!

Unterschrift Antragsteller

Untersuchungsstelle (Adresse) _____

Bei obigem Lieferanten wurden von (Probenehmer) _____ folgende Probe gezogen.

1. Handprobe

Am: _____ um _____ Uhr Milchmenge ca. _____ kg BarcodeNr _____ Temp _____

Untersuchung am _____ um _____ Uhr TSD Keime _____ / _____ TSD Zellen

Bei obigem Lieferanten wurden von (Probenehmer) _____ folgende Probe gezogen.

2. Handprobe

Am: _____ um _____ Uhr Milchmenge ca. _____ kg BarcodeNr _____ Temp _____

Untersuchung am _____ um _____ Uhr TSD Keime _____ / _____ TSD Zellen

- Bemerkung:** Grenzwert der Handprobe/n **eingehalten**
(Keime 100.000 pro ml, somatische Zellen 400.000 pro ml)
 Grenzwert der Handprobe/n **nicht eingehalten**
(Keime 100.000 pro ml, somatische Zellen 400.000 pro ml)

Mitteilung an die Molkerei erfolgt telefonisch an _____
 per Fax/Email an _____

- in dem der Aussetzung vorangehenden Monat wurden die Vorgaben für die Ziehung einer Handprobe erfüllt

ja nein

Kopie / Mitteilung an zuständige Behörde

Unterschrift

vom Antragsteller auszufüllen

vom Probenehmer/Untersuchungsstelle auszufüllen