DIREKTION SICHERHEIT UND SOZIALES

ABTEILUNG SICHERHEIT

**WASSERLABOR**

Wasserlabor Thun

wasserlabor@thun.ch

033 225 88 20

Allmendstrasse 8, 3600 Thun

thun.ch

Auftragsformular Joghurt

* **Weisse Felder** im Auftragsformular bitte **ausfüllen**, **farbige Felder** bitte **leer lassen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kopieempfänger (oder abweichende Rechnungsadresse):** | |
| Betrieb: |  |
| Name / Vorname: |  |
| Strasse / Nr.: |  |
| PLZ / Ort: |  |
| Telefonnummer: |  |
| E-Mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Auftraggeber (erhält Bericht und Rechnung):** | |
| Betrieb: |  |
| Name / Vorname: |  |
| Strasse / Nr.: |  |
| PLZ / Ort: |  |
| Telefonnummer: |  |
| E-Mail: |  |
| **Bericht per:** | Mail  Post |

* Bitte lesen Sie auf unser Merkblatt betreffend korrekter Probenentnahme und Probenabgabe

|  |  |
| --- | --- |
| **Proben erhoben durch:** | |
| Datum: | Name / Vorname: |
| Analyse auf: *E.coli*  / *Staph.aureus*  / *Listeria mono.*  / Aerobe, meso. Keime / Enterobact.  / Hefe + Schimmel  / *Salmonella spp.*  / *Bacillus cereus* | |

* **Proben** bitte vorgängig per Telefon oder E-Mail **anmelden**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proben Mikrobiologie:** | | Erfasst □ | Eingangsdatum: | | | | | Untersuchungsdatum: | | | | | |
| Probe-Nr. | Beschreibung der Probe  (z.B. Joghurt aus past. Milch) | | | Herstellungs-  datum | Verfalldatum | Lagerung | Verdünnung | | *E.coli* | Ergebnis  KBE/g | Hefe +  Schimmel | Ergebnis  KBE/g | Auftrags-Nr.  Bericht /  Datum und  Visum |
|  |  | | |  |  |  | 10-1 | |  |  |  |  |  |
| 10-2 | |  |  |
| 10-3 | |  |  |
|  |  | | |  |  |  | 10-1 | |  |  |  |  |
| 10-2 | |  |  |
| 10-3 | |  |  |
|  |  | | |  |  |  | 10-1 | |  |  |  |  |
| 10-2 | |  |  |
| 10-3 | |  |  |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_