



AUFTRAG

LUFTKEIMMESSUNG / DRUCKLUFT

Datum Eingang

Uhrzeit Eingang

Einsender*	Berichtsempfänger*	Rechnungsempfänger*	
	wie Einsender	wie Einsender	wie Berichtsempfänger
Name	Name	Name	
Straße	Straße	Straße	
Ort	Ort	Ort	
Kontakt	Kontakt	Kontakt	
Telefon	Telefon	Telefon	
E-Mail	E-Mail	E-Mail	

Probenahme		
Probenehmer	Datum	Uhrzeit

Nr.	Probenbezeichnung und Anmerkungen*	Luftvolumen [m3]*
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Prüfumfang*			
Mikrobiologisch		Molekularbiologisch (PCR)	
aerobe Gesamtkeimzahl	Hefen / Schimmelpilze	Pathogene	
Enterobacteriaceae	Salmonella spp.	Salmonella spp.	Listeria spp.
Enterokokken	Listeria monocytogenes	Salmonella enteritidis	Campylobacter spp.
Pseudomonaden		Salmonella typhimurium	STEC
		Listeria monocytogenes	
Sonstige:		Sonstige:	

▲ * Mit Stern gekennzeichnete Angaben sind zwingend erforderlich!

Ort, Datum

Unterschrift AuftraggeberIn/ZustellerIn