

## Auftrag Lebensmittel Allergene/ Pathogene/ Tierarten/ GVO

Eingang: Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

<b><u>Einsender:</u></b>	<b><u>Berichtsempfänger</u></b>	<b><u>Rechnungsempfänger</u></b>
	<input type="checkbox"/> s. Einsender	<input type="checkbox"/> s. Einsender <input type="checkbox"/> s. Berichtsempfänger
<b>Name:</b> _____	<b>Name:</b> _____	<b>Name:</b> _____
<b>Straße:</b> _____	<b>Straße:</b> _____	<b>Straße:</b> _____
<b>Ort:</b> _____	<b>Ort:</b> _____	<b>Ort:</b> _____
<b>Kontakt:</b> _____	<b>Kontakt:</b> _____	<b>Kontakt:</b> _____
<b>Telefon:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
<b>Email:</b> _____	<b>Email:</b> _____	<b>Email:</b> _____

**Probenahme** Probenehmer \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

	Probenbezeichnung und Anmerkungen
Probe 1	
Probe 2	
Probe 3	
Probe 4	
Probe 5	
Probe 6	
Probe 7	
Probe 8	
Probe 9	
Probe 10	

### Prüfumfang

Allergene / GVO	Pathogene	Tierarten
<b>Allergene quantitativ EIA:</b> <input type="checkbox"/> Vollei <input type="checkbox"/> Erdnuss <input type="checkbox"/> Milchprotein <input type="checkbox"/> Haselnuss <input type="checkbox"/> Casein <input type="checkbox"/> Mandel <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Sojaprotein <input type="checkbox"/> Senf	<input type="checkbox"/> Salmonella spp <input type="checkbox"/> Salmonella enteritidis <input type="checkbox"/> Salmonella typhimurium <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes (Kylt) <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes (BioRad) <input type="checkbox"/> Listeria spp. <input type="checkbox"/> Campylobacter spp. <input type="checkbox"/> STEC	<input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Huhn <input type="checkbox"/> Pute <input type="checkbox"/> Ziege <input type="checkbox"/> Schaf
<b>Allergen qualitativ PCR:</b> <input type="checkbox"/> Senf <input type="checkbox"/> Walnuss <input type="checkbox"/> Sellerie <input type="checkbox"/> Lupine <input type="checkbox"/> Sesam <input type="checkbox"/> Sojaprotein <input type="checkbox"/> Pistazie <input type="checkbox"/> Fisch <input type="checkbox"/> Krustentiere <input type="checkbox"/> Cashew		
<b>GVO PCR</b> <input type="checkbox"/> 3ID-Screening (35S, NOS, FMV) <input type="checkbox"/> sonstige: _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> sonstige: _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> sonstige: _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Eilig!</b> (innerh. von 2 Werktagen)		

Unterschrift Auftraggeber/Zusteller: \_\_\_\_\_