**PROBENAHMEFORMULAR für allgemeine Laboruntersuchungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte das ausgefüllte Formular mit den Proben an obenstehende Adresse senden.  Vor der Probenahme ist der gewünschte Untersuchungstermin mit dem Labor abzusprechen.  Annahme zur Untersuchung: Mo - Do 08:00 - 12:00 Uhr, 13:30 - 17:00 Uhr; Fr 08:00 - 12:00 Uhr | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | **ADRESSEN** | | | | | | | | | | |
|  | Betriebsadresse: | | | |  | Rechnungsadresse: | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | Bericht senden an: | | | |  | Kopie des Berichts senden an: | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | | |  |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | Mailadresse für Vorab-Bericht (nur Untersuchungsresultate): | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | **PROBEDATEN** | | | | | | | | | | |
|  | Datum Probenahme: | | |  | | Uhrzeit: | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift Probenehmer: | | | | |  | Probenehmer (Blockschrift): | | | | |  |
|  | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Telefon Probenehmer: | | | | |  | Betriebsverantwortlicher (Blockschrift): | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | |

|  |
| --- |
| Besprechungsnotizen / Besonderes: |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Protokoll der Probenahme für Proben Nr. 1 – 5** | | | | |
| **Nr.** | Proben-  gefäss-Nr. | Probenbezeichnung | Beschreibung | |
| **1** |  |  |  | |
| Untersuchungsziel: | | | | Probennummer  Wird vom ALT ausgefüllt! |
| **2** |  |  |  | |
| Untersuchungsziel: | | | | Probennummer  Wird vom ALT ausgefüllt! |
| **3** |  |  |  | |
| Untersuchungsziel: | | | | Probennummer  Wird vom ALT ausgefüllt! |
| **4** |  |  |  | |
| Untersuchungsziel: | | | | Probennummer  Wird vom ALT ausgefüllt! |
| **5** |  |  |  | |
| Untersuchungsziel: | | | | Probennummer  Wird vom ALT ausgefüllt!! |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Probe nach Untersuchung:**  Entsorgen  Rückgabe an Auftragnehmer  Aufbewahren  ............................................................................................. | **Probenauftrag (durch AL):**  Untersuchungsziel:  Mikrobiologie  Chemie  Sensorik  **Untersuchungsumfang:**  gemäss schriftlichem Auftrag  .............................................................................................................  ..................................................................................................................  ..................................................................................................................  ..................................................................................................................  .................................................................................................................. | Probeneingang:  Datum / Zeit |  |
| Wird vom ALT ausgefüllt!  per Post  Box vom ALT  persönlich  Drittperson: ......................................................................  Temperatur bei Probeneingang:  ungekühlt  gekühlt  gefroren | |
| **Besonderheiten für Untersuchung:**  ……………………………………………………………………......  ....................................................................................................  .................................................................................................... |