



**Institut für Lebensmittelqualität und
–sicherheit**
Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover

Direktorin:
Prof.in Dr. Madeleine Plötz
Bischofsholer Damm 15
30173 Hannover
Tel. +49 511 856-7257
Fax +49 511 856-827257
lmqs@tiho-hannover.de

Untersuchungsvertrag

Begleitbericht für diagnostische Untersuchungen - Lebensmittelproben

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

(Stand 07/2026)

Persönliche Informationen:

1. Auftraggeber*in ☐ Rechnung	2. Rechnungsempfänger*in (falls abweichend von 1.)
Nachname, Vorname	Nachname, Vorname:
Straße, Nr.	Straße, Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon, Fax	Telefon, Fax
Email:	Email:

Informationen zur Probe:

Untersuchungsmaterial	
Bezeichnung der Probe	
Probennahme	O direkt nach Produktion (Produktionsdatum: _____)
	O anderer Zeitpunkt/Ort:
Anzahl der Proben	

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen)	
Akkreditierte Untersuchungsverfahren *	
Bestimmung der aeroben, mesophilen Gesamtkeimzahl (GKZ) (quantitativ) §64 LFGB, L 00.00-88/1:2023-04	☐
Bestimmung der <i>Enterobacteriaceae</i> (quantitativ) §64 LFGB, L 00.00-133/2:2019-12	☐
Bestimmung von <i>Escherichia (E.) coli</i> (quantitativ) §64 LFGB, L 00.00-132/2:2021-03	☐
Bestimmung von <i>Listeria monocytogenes</i> (quantitativ) §64 LFGB, L 00.00-22:2018-03	☐
Bestimmung von <i>Listeria monocytogenes</i> (qualitativ) §64 LFGB, L 00.00-32:2018-06	☐
Bestimmung von <i>Salmonella</i> spp. (qualitativ) §64 LFGB, L 00.00-20:2021-07	☐

* Bitte beachten Sie, dass wir für die hier aufgeführten akkreditierten Untersuchungen nur für einzelne Lebensmittelkategorien verifiziert sind. Für weitere Einzelheiten wenden Sie sich bitte an das Laborpersonal.

Untersuchungen außerhalb der Akkreditierung	
Bestimmung von <i>Pseudomonas</i> spp. (quantitativ) §64 LFGB, L 06.00-43:2011-06	☐
Bestimmung von aeroben Milchsäurebakterien (quantitativ) §64 LFGB, L 06.00-35:2017-10	☐
Bestimmung von <i>Campylobacter</i> spp. (quantitativ) §64 LFGB, L 00.00-107/2:2018-03	☐
Bestimmung von <i>Campylobacter</i> spp. (qualitativ) §64 LFGB, L 00.00-107/1:2018-03	☐
Bestimmung von koagulase-positiven Staphylokokken (quantitativ) §64 LFGB, L 00.00-55:2022-08	☐
Andere Untersuchung(en):	

Sonstige Bemerkungen:

Hiermit erteile ich den Untersuchungsauftrag.

Eine Kopie des ausgefüllten Begleitschreibens wurde mir ausgehändigt.

- ☐ Ich möchte eine Vorabmitteilung der Ergebnisse per E-Mail.
- ☐ Ich möchte trotz Temperatur- oder sonstiger Abweichungen die Probe(n) untersuchen lassen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Ergebnisse dadurch nachteilig beeinflusst werden könnten.
- ☐ Ich möchte eine Einordnung der Prüfergebnisse.

Laborinterner Vermerk (wird vom Laborpersonal ausgefüllt)

Entgegennahme der Proben und Abgabe der Kopie von/am	
Eingangstemperatur	Temperaturabweichung: ☐ ja ☐ nein
Labornummer(n)	

1.) Für die Behandlung gelten die Ordnung über die Entgelte der Kliniken und nichtklinischen Einrichtungen und Institute nebst *Leistungsverzeichnis des Instituts für Lebensmittelqualität und -sicherheit* sowie die *Bedingungen für die Behandlung von Tieren in den Kliniken sowie für die Diagnostik in den nichtklinischen Einrichtungen und den Instituten der Tierärztlichen Hochschule Hannover*. Diese Regelungen werden ausdrücklich zum Vertragsbestandteil erklärt. Die Vertragspartei erklärt sich mit der Geltung einverstanden.

2.) Bitte informieren Sie sich über die Ordnung über die Entgelte und die Behandlungsbedingungen, die im Institut für Lebensmittelqualität und -sicherheit ausliegen und auch auf Anforderung eingesehen werden können bzw. informieren Sie sich im Internet unter <https://www.tiho-hannover.de/kliniken-institute/institute/institut-fuer-lebensmittelqualitaet-und-sicherheit/dienstleistung>.

3.) Der Vertragspartei ist bekannt, dass im Rahmen der Behandlung erforderliche Leistungen an Dritte (z.B. Labore) abgegeben werden können und die von der Vertragspartei vorhandenen personenbezogenen Daten – auch zu Abrechnungszwecken – an Dritte übermittelt werden können.

4.) Der Rechnungsbetrag ist unverzüglich nach Erhalt der Rechnung anzuweisen.



Hannover, den _____

Unterschrift Auftraggeber*in

Unterschrift Vertreter*in der Einrichtung

Erklärung zum Datenschutz

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzhinweise, die mir per Aushang, per Auslage sowie im Internet unter <https://www.tiho-hannover.de/kliniken-institute/institute/institut-fuer-lebensmittelqualitaet-und-sicherheit/dienstleistung> zur Verfügung gestellt wurden gelesen und akzeptiert zu haben. Ich bestätige, dass ich die Möglichkeit hatte, ein ausgedrucktes Exemplar der Datenschutzhinweise zu erhalten.

Einwilligungserklärung für die Datennutzung zu weiteren Zwecken (freiwillig, ggf. bitte ankreuzen)

☐ ja, ich willige ein

☐ nein, ich willige NICHT ein

Die TiHo ist stets bemüht, den Service und die Dienstleistung hinsichtlich Ihrer Proben zu verbessern und freut sich über positives und konstruktives Feedback. Ich willige ein, dass ich alle zwei Jahre im Rahmen einer Kundenbefragung zu diesem Thema befragt werde.



Unterschrift Auftraggeber*in