

	Seite 1 von 2	Probenbegleitschein Schimmelpilzlabor	Institut für Krankenhaus- und Umwelthygiene Feldstraße 12, 24105 Kiel Telefon: 0431-500-16410 Telefax -16428 Email: pilzlabor@uksh.de www.uksh.de/hygiene-kiel
	Version: 009/08.2025		
	ID: 311905		

Untersuchungsauftrag für **Schimmelpilzlabor**

Wird vom Labor ausgefüllt:	
Probenahmedauer:	Auftragsnummer:
Gefahrenzone km:	
Fahrzeit:	Luftvolumen: _____ l (LKS30 <input type="checkbox"/> LKS100 <input type="checkbox"/>)

Auftraggeber / Befundempfänger:	Kostenträger / Rechnungsempfänger:

Entnahmeort (Adresse)/ Bemerkungen:
--

Lfd.-Nr.:	Material:	Lokalisation:	Ergänzende Angaben zur Probe (z.B. sichtbarer Befall, Feuchteschaden,...):

Probenahme am:

Probenahme durch:

Ort:

Datum:

Unterschrift Auftraggeber: _____

