|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Untersuchungsantrag für eine Legionellenuntersuchung in Wasserproben | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antragsteller (Anschrift)  Bitte Telefonnummer mit angeben! | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Bayerisches Landesamt**  **für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | LGL ErlangenWasser-Labor D-Bau Eggenreuther Weg 43 91058 Erlangen Tel.: (09131) 6808 – 2247 Fax: (09131) 6808 – 2380 | | | | |  | | | | LGL OberschleißheimWasser-Labor B-Bau Veterinärstraße 2 85764 Oberschleißheim Tel.: (09131) 6808 - 5213 Fax: (09131) 6808 - 5110 | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Proben-Nr. Antragsteller | | | | |  | | | | | | | | | | | | Probennummer LGL: | | | | | | | | | | | | | |
| Zeitpunkt der Probenahme | | | | | Datum | | | Uhrzeit: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Probendaten** | | | | | Flaschen-Nummer: | | | Temperatur bei Entnahme:        **°C** | | | | | | | | | Konstante Temperatur:  **°C** | | | | | | Probeneingangstemperatur:  **°C** | | | | | | | |
| **Entnahmeort**: 1. Gemeinde  2. Gemeindeteil | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LGL-Kennzahl / Gemeindeschlüssel** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Bitte unbedingt angeben!** | | | |
| **Objekt-/Messstellenname** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zusätzliche Bezeichnung der Probenahmestelle** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nur** bei Sammelmessstellen angeben | | | | | |
| **LFU-OKZ bzw. GA-Kennzahl der Messstelle** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Für SEBAM-Übermittlung unbedingt angeben! | | | | | |
| **Name der WVA** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Name und Anschrift Betreiber/Unternehmer (WVA)** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Übergeordnete OKZ**  **(mobile bzw. Gebäude-WVA)** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nur anzugeben, wenn die Probenahme nur der Überwachung der WVA Typ d bzw. Typ e dient** | | | | | |
| **Name der WVA Typ d bzw. Typ e** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Name und Anschrift des Inhabers der WVA Typ d bzw. Typ e** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Wasserversorgungsanlage:** | | | | |  | | Mobile WVA (Typ d) | | |  | Gebäude-WVA (Typ e) | | | | | | | |  | Zeitweilige WVA (Typ f) | | | | | | | |  | Sonstige\* | |
| **Probenahme nach DIN 19458:** | | | | |  | | Probenahme Zweck a | | |  | Probenahme Zweck b | | | | | | | |  | Probenahme Zweck c | | | | | | | |  | Schöpfprobe | |
| **Trinkwasser/Betriebswasser:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Schwimmbad:** | | | | |
| **Art der Entnahmestelle:** | | | | **Probenahmestelle:** | | | | | | | | | | | | **Medium:** | | | | | | | | | | Beckenwasser  Rohwasser  Reinwasser  Filtrat  Füllwasser  sonstige**:** | | | | |
| Probenahmehahn  Wasserhahn  sonstige**:** | | | | Austritt aus dem Erwärmer (Warmwasserleitung)  Eintritt in den Erwärmer (Zirkulationsleitung)  Peripherie  sonstige Entnahmestelle: | | | | | | | | | | | | Trinkwasser **kalt**  Trinkwasser **warm**  Trinkwasser **kalt/warm Verschnitt**  Betriebswasser/Brauchwasser | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Art der Untersuchung:** | | | | | | | | | | | | | **Art der Einrichtung:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| orientierende Untersuchung  weitergehende Untersuchung  Nachuntersuchung  Ermittlung im Krankheitsfall:  Patientencode:    **/**       (*TT MM JJJJ / \* \*\* \*\*\**)  sonstige Untersuchung: | | | | | | | | | **Patientencode:**  Geburtsdatum/  \* 1. Buchstabe Nachname  \*\*1. Buchstabe Vorname  \*\*\* 1=männlich  2=weiblich | | | | **Hochrisikobereich** (Krankenhaus, sonstige)  Krankenhaus (Normalbereich)  Alten-/Pflegeheim  Hotel/Gaststätte  sonstige Dienstgebäude  sonstige Gemeinschaftseinrichtung | | | | | | | | | | | | | Schule  Kindergarten  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Schwimmbad/Dusche  sonstige: | | | | |
| **Vom Probenehmer zu bestätigen:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Probentransport:** | | | | | | | | |
|  | **Sachgemäße Probenahme** nach LGL-Arbeitsanweisung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | direkter Transport ins Labor | | | | | | |
|  | **Kühlung der Proben während des Transports** (idealerweise 5 ± 3°C) unter Verwendung der LGL-Kühlbox und Eispacks | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Zwischenlagerung im GA | | | | | | |
|  | Sicherstellung, dass zwischen **Probenahme und Probeneingang** im Labor nicht mehr als 24 Stunden liegen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Postversand | | | | | | |
| **Besondere Mitteilungen**  (z. B. chemische Desinfektion des Entnahmehahns)  **oder Auffälligkeiten vor Ort bzw.**  **\* Art der sonstigen WVA:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bitte Kostenart**  **immer angeben** | |  | Kostenfreie Untersuchung (bitte unbedingt Rechtsgrundlage angeben) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | Kostenmitteilung | | | | | | | | | **Datum:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | **Name des Probenehmers** (Bitte in Druckbuchstaben schreiben) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | Kostenrechnung | | | | | | | | | **Unterschrift** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | |  | | | Trinkwasserprobenehmer des LGL | | | | | | | | | | | | | | | |