

|             |                                          |                                                     |
|-------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| WASSERLABOR | <b>Formular 26</b><br><b>Wasserlabor</b> | Datum: 09.04.2025<br>Revision: 09<br>Seite: 1 von 1 |
|             | <b>Probenahmeprotokoll Legionellen</b>   |                                                     |

| Objekt:   |          |                                    | Entnahmedatum/- uhrzeit: _____<br>Laboreingang: _____<br>Kennung der Anlage: _____<br>Auftragsnr.: _____ |                           |         | Probenehmer:<br><br>Meldung an Gesundheitsamt:<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |                                                                                  |
|-----------|----------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Labor-Nr. | Lfd. Nr. | Kennzeichnung der Probenahmestelle | Entnahme-Temperatur                                                                                      | max. erreichte Temperatur | Uhrzeit | Anmerkung                                                                                                      | Zweck nach DIN EN ISO 19458                                                      |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |
|           |          |                                    |                                                                                                          |                           |         |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c |

|                                       |                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| Auftraggeber:                         | Ansprechpartner: Name: _____    |
|                                       | E-Mail: _____                   |
| Rechnungsempfänger:                   | Tel.-Nr.: _____                 |
| Anzahl PE-Flaschen: _____ ( _____ ml) | Unterschrift Probenehmer: _____ |

|                              |                      |                            |            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|------------|
| Geschrieben: Dr. J.-C. Greie | Überprüft: A. Hannig | Genehmigt: Dr. J.-C. Greie | gültig ab: |
| 09.04.2025                   | 09.04.2025           | 09.04.2025                 | 09.04.2025 |