

**Landesamt für Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit und Fischerei
Mecklenburg-Vorpommern, Abt. Pflanzenschutzdienst
Dezernat 410 – Phytopathologisches Labor**

Dorfplatz 1, 18276 Gülzow-Prüzen, OT Gülzow
Tel.: 0385 588-61410 (-61412)/ E-Mail: ZPA-Guelzow@lalflf.mvnet.de
Graf-Lippe-Str. 1, 18059 Rostock /
Tel.: 0385 588-62411 (-61418)/ E-mail: ZPA-410@lalflf.mvnet.de

Auftragsetikett LISA.LIMS
Interne Labor-Proben-Nr.

PROBENAHEPROTOKOLL KARTOFFEL

(Grau hinterlegte Felder sind nur durch Mitarbeitende des LALLF M-V auszufüllen)

Probenahme durch:	<input type="checkbox"/> Privatperson/ Betrieb	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter PSD	<input type="checkbox"/> amtlich bestellter Probenehmer
	<input type="checkbox"/> AkSt	<input type="checkbox"/> Feldbestandsprüfer	<input type="checkbox"/> _____
Probenahmegrund:	<input type="checkbox"/> Monitoring Gesundlage	<input type="checkbox"/> Zufuhr/SVK Gesundlage	<input type="checkbox"/> Nachbau Gesundlage
	<input type="checkbox"/> Monitoring PSD	<input type="checkbox"/> Monitoring SWK	<input type="checkbox"/> Zufuhr (≠ Gesundlage)
	<input type="checkbox"/> AkSt (Feldprüfung)	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Export _____
Probenahmedatum:	Probenanzahl:	App-Probe-Nr. (PGK):	

Anschrift	Probenherkunft: falls andere als Anschrift
Name/Betrieb:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon/(Fax):	
E-Mail:	
Registrier-Nr. nach Verordnung (EU) 2016/2031:	Rechnung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Art der Probe: <input type="checkbox"/> Knolle(n)	<input type="checkbox"/> Pflanze(n)	<input type="checkbox"/> Erde/Substrat	Probenmenge: _____
Sorte: _____	Kategorie: _____	Fläche (ha): _____	Ort: _____ <input type="checkbox"/> Liste (s. Anhang)
Vermehrung, Anerkennungsnr.: _____ <small>(falls zutreffend)</small>	Bundesland/Staat: _____ <small>(falls zutreffend)</small>		
Verpackung: <input type="checkbox"/> Säcke	<input type="checkbox"/> Bigbag	<input type="checkbox"/> Behältnis (Lkw)	<input type="checkbox"/> _____

Untersuchung auf:	<input type="checkbox"/> Quarantänebakterien (<i>Clavibacter sepedonicus</i> / <i>Ralstonia solanacearum</i>)		
Viren/Viroide:	<input type="checkbox"/> PLRV	<input type="checkbox"/> PVY	<input type="checkbox"/> PVS
	<input type="checkbox"/> TSWV	<input type="checkbox"/> PepMV	<input type="checkbox"/> PSTVd
	<input type="checkbox"/> PVM	<input type="checkbox"/> PVA	<input type="checkbox"/> PVX
	<input type="checkbox"/> TRV	<input type="checkbox"/> PMTV	<input type="checkbox"/> andere _____
Pectobakterium spp.:	<input type="checkbox"/> <i>P. parmentieri (wasabiae)</i>	<input type="checkbox"/> <i>P. brasiliense</i>	<input type="checkbox"/> <i>P. atrosepticum</i>
Dickeya spp.:	<input type="checkbox"/> <i>Dickeya solani</i>	<input type="checkbox"/> <i>Dickeya dianthicola</i>	<input type="checkbox"/> andere _____
Candidatus spp.:	<input type="checkbox"/> <i>C. Phytoplasma solani</i>	<input type="checkbox"/> <i>C. Liberibacter solanacearum</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>C. Arsenophonus phytopathogenicus</i>		
Nematoden:	<input type="checkbox"/> Kartoffelzysten-Nem.	<input type="checkbox"/> freilebende Nem.	<input type="checkbox"/> andere _____
Pilzliche Erreger:	<input type="checkbox"/> _____		

Bemerkungen:

Ort, Datum	Name Auftraggeber (GROSSBUCHSTABEN)	Unterschrift*
Probeneingang: Labor (Datum, Uhrzeit/ Unterschrift): _____		
<input type="checkbox"/> Weiterleitung an Dezernat / Einrichtung:		
<input type="checkbox"/> Zurückweisung	Grund: _____ (Datum, Unterschrift): _____	

Die Untersuchung ist laut Kostenverordnung für Amtshandlungen in der Land- und Ernährungswirtschaft (LEKostVO M-V) gebührenpflichtig.
* Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die oben stehenden Daten zu meiner Person über das hausinterne Informationssystem zur Rechnungslegung, Ergebnismitteilung (incl. per E-Mail) und statistischen Auswertung verwendet werden dürfen.