

Anhang C Eigenkontrollkonzept „Musterbetrieb“ Checklisten

C.1 Checkliste Warenannahme

Lieferant:		Produktgruppen:
Lieferscheinnummer:		
Prüfpunkte	Ergebnis ¹	Maßnahmen (Annahme verweigern, mit Unterschrift des Lieferanten bestätigen)
Temperatur		
MHD		
Beschaffenheit der Ware		
Lieferantenfahrzeug		
Fahrer		
Verpackung		
Schädlingsbefall		
Zulassungs-Nummer		

_____ Datum

_____ Unterschrift

_____ Unterschrift des Lieferanten

¹ Keine Beanstandung: ✓, ansonsten Maßnahmen Temperaturabweichungen: Eintrag der Temperatur

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.2 Checkliste Lagerung TK

Tägliche Temperaturkontrolle: Keine Beanstandung mit ✓

Ansonsten Temperatur eintragen und Maßnahmen im Protokollformular C.4 vermerken.

Monat/Jahr:

Datum	TK-Truhe 1	TK-Truhe 2	Eistruhe Rest.	TK-Truhe klein
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.3 Checkliste Lagerung Kühlung – 1

Tägliche Temperaturkontrolle: Keine Beanstandung mit ✓

Ansonsten Temperatur eintragen und Maßnahmen im Protokollformular C.4 vermerken.

Monat/Jahr:

Datum	Kühlschrank klein	Kühlschrank groß
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.4 Checkliste Lagerung Kühlung – 2

Durchführung der Korrekturmaßnahmen

Datum:		Kürzel:	
Tiefkühlzelle Nr.:			
Temperatur:			
Maßnahmen:			

Korrekturmaßnahmen abgeschlossen:

Datum

Unterschrift

Datum:		Kürzel:	
Tiefkühlzelle Nr.:			
Temperatur:			
Maßnahmen:			

Korrekturmaßnahmen abgeschlossen:

Datum

Unterschrift

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.5 Monatliche Checkliste für die Reinigung und Kontrolle der Lagerbestände im Lagerraum und in den Kühlzellen

- Lagerung ist trocken und sauber
- Keine Bodenlagerung
- Mindesthaltbarkeitsdaten werden eingehalten
- Kein Schädlingsbefall
- Die Mülltrennung ist gewährleistet
- Die Müllentsorgung ist gewährleistet

Folgende Maßnahmen wurden eingeleitet:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.6 Halbjährliche Checkliste für die Betriebsbegehung

	ja	nein
Kühl-, Lager- und Produktionsräume entsprechen den gesetzlichen Vorschriften*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine ausreichende Beleuchtung im Küchenbereich ist vorhanden und funktionstüchtig*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lüftungsanlagen mit ausreichender Kapazität sind vorhanden und funktionstüchtig*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energiequellen (Herd usw.) haben ihre volle Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartung und Reinigung von Elektrogeräten und Kühlaggregaten sind gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitäre Anlagen und Umkleieräume sind im einwandfreien Zustand*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zustand der Kacheln, Fugen und Dichtungen ist einwandfrei* Es liegt kein Schimmelbefall vor*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es liegt kein Schädlingsbefall vor*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartungsverträge werden eingehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Siehe Liste nächste Seite

Folgende Maßnahmen wurden eingeleitet:

_____ Datum

_____ Unterschrift

_____ Datum

_____ Unterschrift

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.7 Betriebsbegehung gemäß Anhang II VO (EG) 852/2004

Anforderungen an Betriebsstätten

	I. O.	n. i. O.
Handwaschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handwaschbecken mit Warm- und Kaltwasserzufuhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletten mit Warm- und Kaltwasserzufuhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Be- und Entlüftungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filter der Lüftungssysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwasseranlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umkleidemöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anforderungen an Betriebsstätten

	I. O.	n. i. O.
Fußböden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wandflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decken und Deckenvorrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenster (Insektengitter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Türen und Fenster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungsbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorrichtungen zum Reinigen und Desinfizieren von Arbeitsgeräten und Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anforderungen an Gegenstände und Ausrüstungen

	I. O.	n. i. O.
Behälter und Abfallbehälter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.8 Tägliche Reinigungscheckliste – Produktionsküche

Von bis

Geleistete Arbeitsvorgänge sind mit Handzeichen zu vermerken.

Zu leistende Arbeitsvorgänge	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Reinigung der Türen							
Reinigung der Fußböden inkl. Abflusssiebe							
Reinigung der Waschbecken							
Reinigung der Arbeitstische							
Reinigung der Lebensmittelbehälter							
Mülltonnen sind geschlossen							
Reinigung der Abfallbehälter							
Gebrauchte Schmutztücher und Schwämme sind versorgt							
Reinigung der Lüftungsanlage							
Reinigung des Herdblocks							
Reinigung der Abzugshaube							
Reinigung des Kühlschranks							
Reinigung des Grills							
Reinigung der Spülmaschine							
Friteusenfett ist passiert							

Folgende Maßnahmen wurden eingeleitet:

O. g. Arbeiten wurden ordnungsgemäß durchgeführt und vom Verantwortlichen kontrolliert:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.9 Tägliche Reinigungscheckliste – Sozialräume und Restaurant

Von bis

Geleistete Arbeitsvorgänge sind mit Handzeichen zu vermerken.

Zu leistende Arbeitsvorgänge	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Die Toiletten inkl. Fußböden, Waschbecken, Spiegel, Türen, Wände sind gereinigt und desinfiziert							
Die Toilettenbecken sind desinfiziert							
Die Abfallbehälter in den Toiletten sind in die dafür vorgesehenen Container entleert und gereinigt							
Die Abstellräume sind gereinigt							
Die Reinigungs- und Desinfektionsmittel werden im Putzmittelschrank verwahrt							
Die Handtuch- und Seifenspende sind aufgefüllt							
Das Restaurant ist gereinigt							
Wöchentlich – Bodenabläufe sind gereinigt und mit Desinfektionslösung gefüllt							

Folgende Maßnahmen wurden eingeleitet:

O. g. Arbeiten wurden ordnungsgemäß durchgeführt und vom Verantwortlichen kontrolliert:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.10 Personalbogen/Personalhygiene

Frau/Herr
wurde am
in Hygienefragen gemäß DIN 10514 unterwiesen (siehe Eigenkontrollkonzept nach LMHV – Mitarbeiterschulung/Personalhygiene).

Frau/Herr
wurde am
an ihrem/seinem Arbeitsplatz eingewiesen.

Unterschrift Mitarbeiter

Kürzel Mitarbeiter

Unterschrift Inhaber

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.11 Personalbogen/Personalhygiene Infektionsschutzgesetz

Frau/Herr

ist im Besitz der Bescheinigung gemäß Infektionsschutzgesetz
oder im Besitz eines Gesundheitszeugnisses gem. § 18 Bundesseuchengesetz.

Frau/Herr

hat an der jährlichen Belehrung

am

teilgenommen.

Unterschrift Mitarbeiter

Unterschrift Inhaber/Verantwortlicher

Belehrung wurde durchgeführt von:

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.12 Mitarbeiterliste

Name, Vorname	Funktion	Datum, Arbeitsbeginn	Ausgeschieden am	Unterschrift	Kurzzeichen

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.13 Checkliste Temperaturkontrolle Produktion und Ausgabe

Bereich: Datum:

Tabelle 1

Speise	Temperatur Produktion	Uhrzeit	Temperatur Ausgabe	Uhrzeit	Bemerkungen/ Maßnahmen

Verantwortlich:

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum:

C.14 Rückstellproben

Tabelle 2

Datum	Inhalt	Unterschrift

Datum:

Unterschrift:

Geändert:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum:	Datum:	Datum: