

	<b>Prüfbericht –          „Geprüfte Qualität – Bayern“          Honig          Erzeugung, Erfassung, Lagerung, Vermarktung</b>		Ord.Nr. QMH12 Pb-GQ- Rev.1.1  Seite 1 von 6 Erstellt: 05/2009
<b>Datum:</b>	<b>Kontrolleur:</b>	<b>Betriebs-/Kd-Nr.</b>	

Name _____ Straße _____		
PLZ _____ Ort _____ Ansprechpartner _____		
Tel.-Nr. _____ Fax Nr. _____ Betriebs-Nr. 09- <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Erstkontrolle <input type="checkbox"/> Folgekontrolle <input type="checkbox"/> Nachkontrolle <input type="checkbox"/> Stichprobenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Kontrolle nicht durchgeführt, weil _____		
<input type="checkbox"/> Honiggewinnung und -lagerung	<input type="checkbox"/> Vermarktung an Endverbraucher	<input type="checkbox"/> Vermarktung an Wiederverkäufer
Ausbildung des Imkers: _____		
<b><u>Vorhandene Qualitätssicherungssysteme:</u></b>		
<input type="checkbox"/> HACCP	<input type="checkbox"/> sonstige _____	
Anzahl Bienenvölker: _____		
<b><u>Vom Verantwortlichen im kontrollierten Betrieb auszufüllen:</u></b>		
Ich habe die Kontrolle zur Kenntnis genommen und bestätige hiermit die Angaben im Prüfbericht. Ich verpflichte mich, Mängel in Dokumentation und Hygiene unverzüglich abzustellen.		
<u>Mängel:</u>          		<u>Korrekturmaßnahmen / Fristen:</u>          
_____ Datum, Unterschrift Ansprechpartner		

	<b>Prüfbericht – „Geprüfte Qualität – Bayern“ Honig Erzeugung, Erfassung, Lagerung, Vermarktung</b>		Ord.Nr. QMH12 Pb-GQ- Rev.1.1  Seite 2 von 6 Erstellt: 05/2009
<b>Datum:</b>	<b>Kontrolleur:</b>	<b>Betriebs-/Kd-Nr.</b>	

Kontrolle durchgeführt von / bis (Uhrzeit)	Unterschrift des Kontrolleurs
Standard I <input type="checkbox"/>	Stempel Sachbearbeiter / Datum:
Standard II <input type="checkbox"/>	
Standard III <input type="checkbox"/>	
Keine Zulassung <input type="checkbox"/>	

Nr.	Kriterium	Ergebnis					Mängel Nr.
		A	B	C	D	E	
<b>A</b>	<b>Allgemeine Dokumentation / Herkunftssicherung</b>						
A1	Dokumentation der durchgeführten Eigenkontrolle					k.o	
A2	Dokumentation der eingeleiteten Maßnahmen						
A3	Umsetzung der eingeleiteten Maßnahmen						
A4	Rückverfolgbarkeit /Beleg der regionalen Herkunft					k.o	
A5	Konformitätsbescheinigung wird an nächste Stufe weitergegeben					k.o	
A6	Wareneingänge und –ausgänge sind dokumentiert, nachvollziehbar, plausibel					k.o	
A7	Produktion, Völkerstandplatz, Abfüllung und Lagerung ausschließlich in Bayern					k.o	
A8	Abfüllplan vorhanden					k.o	
A9	Dokumentation der verkauften Produktmenge						
A10	Trennung von GQ-/Nicht- GQ-Ware eingehalten					k.o	
<b>B</b>	<b>Honigerzeugung am Volk</b>						
B1	Völkerverzeichnis liegt vor						
B2	Standortwahl unbedenklich					k.o	
B3	Hygieneanforderungen am Volk eingehalten (gute fachliche Praxis)					k.o	
<b>C</b>	<b>Honiggewinnung und –lagerung</b>						
C1	Getrennte Erfassung/Lagerung von GQ- und Nicht-GQ-Rohware (Identifizierung von Partien)					k.o	

	<b>Prüfbericht – „Geprüfte Qualität – Bayern“ Honig Erzeugung, Erfassung, Lagerung, Vermarktung</b>		Ord.Nr. QMH12 Pb-GQ- Rev.1.1  Seite 3 von 6 Erstellt: 05/2009
<b>Datum:</b>	<b>Kontrollleur:</b>	<b>Betriebs-/Kd-Nr.</b>	

C2	Kennzeichnung der GQ-Bayern-Ware eindeutig und nachvollziehbar		k.o				
<b>D</b>	<b>Hygiene</b>						
D1	Personalhygiene eingehalten						
D2	Geräte zur Aufbereitung und Honiggefäße entsprechen den Anforderungen der Lebensmittelhygiene , dokumentierter Reinigungsplan vorhanden						
Nr.	Kriterium	Ergebnis					Mängel Nr.
		A	B	C	D	E	
D3	Aufbereitungs- und Lagerräume erfüllen die Anforderungen						
D4	Einsatz geeigneter Reinigungs- und Desinfektionsmittel für Beuten, Rähmchen und Geräte						
D5	Schädlingsbekämpfung im Aufbereitungs- und Lagerraum durchgeführt und dokumentiert						
<b>E</b>	<b>Arzneimittel/Varroabehandlung</b>						
E1	Eingesetzte Arzneimittel/Varroabehandlungsmittel sind dokumentiert						
<b>F</b>	<b>Etikettierung/Handel</b>						
F1	Etikettierung ist gemäß der Lebensmittel-KennzeichnungsVO;						
<b>G</b>	<b>Schulung</b>						
G1	Fortbildung beim Verband und anerkannten Einrichtungen,						
<b>H</b>	<b>Qualitätsanforderung/Analytik</b>						
H1	Rückstandsuntersuchungen liegen vor						
H2	Analyseergebnisse liegen vor Invertaseaktivität/ HMF-Gehalt/Wassergehalt (auch über den Bayerischen Honig-Wettbewerb)				k.o		

**Prüfbericht –  
„Geprüfte Qualität – Bayern“  
Honig  
Erzeugung, Erfassung, Lagerung, Vermarktung**



Ord.Nr. QMH12  
Pb-GQ-  
Rev.1.1

Seite 4 von 6  
Erstellt: 05/2009

<b>Datum:</b>	<b>Kontrolleur:</b>	<b>Betriebs-/Kd-Nr.</b>
---------------	---------------------	-------------------------

Raum für Bemerkungen:

**Eingesehene Dokumente bitte hier auflisten:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eigenkontrollen                             | <input type="checkbox"/> Lagerplan                                 | <input type="checkbox"/> Hygienepläne   |
| <input type="checkbox"/> Lieferscheine (Konformitätsbescheinigungen) |  | <input type="checkbox"/> -Laboranalysen |
| <input type="checkbox"/> Völkerverzeichnis                           | <input type="checkbox"/> Dokumentation Wareneingang / Warenausgang |   |
| <input type="checkbox"/> Bestandsbuch                                |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                            |  |   |

**Punkte Berechnung:**

Kategorie Anzahl:	A =	B =	C =	D =	E =
Punktezahl A/B/C/D	<b>100 Pkt</b>	<b>75 Pkt</b>	<b>50 Pkt</b>	<b>0 Pkt</b>	
Kategorie multipliziert mit Punktezahl					
Σ aller Punkte	Σ =				
Σ Punkte dividiert durch Kategorien	<b>Erreichte Punktzahl _____ von 100</b>				

erstellt von:	geprüft und in Kraft gesetzt: Datum, Unterschrift:
---------------	---

	<b>Prüfbericht –          „Geprüfte Qualität – Bayern“          Honig          Erzeugung, Erfassung, Lagerung, Vermarktung</b>		Ord.Nr. QMH12 Pb-GQ- Rev.1.1  Seite 5 von 6 Erstellt: 05/2009
<b>Datum:</b>	<b>Kontrollleur:</b>	<b>Betriebs-/Kd-Nr.</b>	

Plausibilitätsprüfung Wareneingang und Warenausgang:

Stichprobe Rückverfolgbarkeit:

	<b>Prüfbericht –          „Geprüfte Qualität – Bayern“          Honig          Erzeugung, Erfassung, Lagerung, Vermarktung</b>		Ord.Nr. QMH12 Pb-GQ- Rev.1.1  Seite 6 von 6 Erstellt: 05/2009
<b>Datum:</b>	<b>Kontrolleur:</b>	<b>Betriebs-/Kd-Nr.</b>	

Mangel Nr.	GQ- Referenz- nummer	Art der Abweichung	Korrektur- maßnahme	Frist
1	-	-		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**Vom Verantwortlichen im kontrollierten Betrieb auszufüllen:**

Ich habe die Kontrolle zur Kenntnis genommen und bestätige hiermit die Angaben im Prüfbericht. Ich verpflichte mich, Mängel in Dokumentation und Hygiene unverzüglich und in Abstimmung mit der zuständigen Behörde abzustellen.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift