

Kontrollbericht

der amtl. Lebensmittel- und Fleischhygieneüberwachung nach §§ 39, 42 LFGB

Kontrollierende Behörde:

STADT FRANKFURT AM MAIN

Ordnungsamt
Veteranärwesen
Kleyerstraße 86
60326 Frankfurt am Main

Betrieb/Standort:

SUBWAY

Stullen Factory Uf (Häftlingsbeschränkt)
Große Eschersheimer Str. 45
60313 Frankfurt am Main
subwayamfurt@igmail.com Fax 069-9 07 20 05 79

Datum: 22.10.19 Uhrzeit:

Betriebsarten:

Anwesende Person Herr Frau
Name, Vorname

Kontrollart:

Plankontrolle Schwerpunktkontrolle Verdachtskontrolle
 Nachkontrolle Sonstige

Wegstrecke zur Nachkontrolle: km
Zeilaufwand einschl. Fahrtzeit: Min.

Schwerpunkte:

besichtigte Betriebsräume /-bereiche	<input type="checkbox"/> 1-Verkauf	<input type="checkbox"/> 2-Vorbereitung	<input type="checkbox"/> 3-Lager	<input type="checkbox"/> 4-Produktion	<input type="checkbox"/> 5-Spülbereich	<input type="checkbox"/> 6-Personal
	<input type="checkbox"/> 7-Entsorgung	<input type="checkbox"/> 8-Tief-/Kühlung	<input type="checkbox"/> 9-Sonstige***			

Kontrollpunkte:

<input type="checkbox"/> A-Arbeitshygiene	<input type="checkbox"/> B-Beuhygiene	<input type="checkbox"/> C-Personalhygiene	<input type="checkbox"/> D-Eigenkontrollsystem
<input type="checkbox"/> E-Produktkontrolle	<input type="checkbox"/> F-Rückverfolgbarkeit	<input type="checkbox"/> G-Kennzeichnung	<input type="checkbox"/> H-Sonstige***

Bei der Kontrolle Ihres Betriebes wurde Folgendes festgestellt bzw. wurden folgende Auflagen erteilt:

R	K*	Es wurden keine offensichtlichen Mängel festgestellt	Es wurden folgende Mängel festgestellt	Maßnahme	Frist bis
---	----	--	--	----------	-----------

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>A Oben</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>1 Die Handbrause am Vorspülbocken war mit Kalk behaftet.</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>2 Das Gestänge der Handbrause war stellenweise korrodiert (Rost).</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>B Unten</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>1 Der Boden war teilweise unrein.</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>2 Der Boden in der Kühlzelle war unrein.</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>3 Am H/WB fehlt ein Seifenspender.</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>4 Auf der Treppe befanden sich teilweise Lose Bleie die Arbeitsschutz?</u> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Die Nachweise des Infektionsschutzgesetzes werden der Behörde zugesandt.</u> | <u>bis 23.10.19</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Visitenkarte wurde ausgehändigt.</u> | |

Maßnahmen

1-Mündliche Belehrung 2-Verwarnung ohne Verwamgeld 3-Verwarnung mit Verwamgeld 4-Bußgeldverfahren 5-Ordnungsverfügung 6-Andere

Es wurden schwerwiegende Mängel festgestellt, eine ausführliche Niederschrift der Betriebsprüfung folgt. Lichtbilder wurden angefertigt Proben wurden entnommen Merkblätter ausgehändigt

Erklärung des/der Verantwortlichen (ggf. der anwesenden Person):

Den umseitigen Datenschutzhinweis habe ich zur Kenntnis genommen.
Die Erstausfertigung dieses Kontrollberichts wurde mir ausgehändigt und erläutert

Mir wurde mitgeteilt, dass mit einem Ordnungswidrigkeitsverfahren gerechnet werden muss, insbesondere wenn die Beanstandung nicht bis zum fristgerechten Termin beseitigt worden ist

Ich bin informiert worden, dass eine kostenpflichtige Nachkontrolle erfolgt.

Herr Vorname:

Frau

Untersch

Begleitpersonal (Behörde)

*** sonstige Bezeichnung im Textfeld angeben
 ** Nr. von "Maßnahme"
 * Setzt sich zusammen aus: R = Nr. von "besichtigte Betriebsräume" und K = Buchstabe von

Urheberrechtlich geschützt -
 Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und
 elektronische Speicherung verboten!

00/145/0301/88 W. Kohlhammer GmbH (13020)
 Deutscher Gemeindeverlag GmbH
 www.kohlhammer.de
 Bestell-Fax: 0711 7863-8400 E-Mail: dg@kohlhammer.de