

Betrieb / Company: _____

Betriebsbereich / Operational area: _____

Verantwortlicher / Person responsible: _____

Thema der Schulung / Training topic: _____

Referent / Instructor: _____

Datum / Date: | | | | | 2 | | | | | Uhrzeit / Time: | | | | | : | | | | | Uhr / Time

Teilnehmerliste / List of participants

	Name / Name	Unterschrift des Teilnehmers Signature of participant	Erstschulung Initial training course	Folgeschulung Follow up training
01			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
02			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
03			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
04			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
05			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
06			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
07			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
08			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
09			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
10			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
11			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
12			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no
13			<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes <input type="checkbox"/> nein no

	_____ Datum, Unterschrift / Date, signature	_____ Stempel / Company stamp
---	--	----------------------------------

Betrieb / Company:


Betriebsbereich / Operational area:

Verantwortlicher / Person responsible:

Monat/Jahr / Month/Year: | | / 2 | | |

Datum Date	Produkt/Speise Product/food	Soll-Temp. Set temperature	Ist-Temp. Actual temperature	Maßnahmen / Measures	Unterschrift Signature
01.		°C	°C		
02.		°C	°C		
03.		°C	°C		
04.		°C	°C		
05.		°C	°C		
06.		°C	°C		
07.		°C	°C		
08.		°C	°C		
09.		°C	°C		
10.		°C	°C		
11.		°C	°C		
12.		°C	°C		
13.		°C	°C		
14.		°C	°C		
15.		°C	°C		
16.		°C	°C		
17.		°C	°C		
18.		°C	°C		
19.		°C	°C		
20.		°C	°C		
21.		°C	°C		
22.		°C	°C		
23.		°C	°C		
24.		°C	°C		
25.		°C	°C		
26.		°C	°C		
27.		°C	°C		
28.		°C	°C		
29.		°C	°C		
30.		°C	°C		
31.		°C	°C		

Ausgabepemperaturen: Heißgerichte mind. 65°C; Kalt Speisen und Salate max: 7°C
Output temperatures: Hot dishes at least 65°C; Cold foods and salads max: 7°C

 Datum, Unterschrift / Date, signature	Stempel / Company stamp
--	-------------------------