

Formular

Sensorikprotokoll / Sensorikprüfung



Betriebsstätte: _____

Ausgabestelle: _____

Datum der Überprüfung: _____

	Komponenten	Produkt lt. Speiseplan	Sensorische Bewertung (Schulnoten)															Bemerkung	Maßnahme						
			Geschmack					Aussehen					Geruch												
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5								
Menü	Suppe																								
	Hauptkomponente																								
	Sättigungsbeilage																								
	Gemüsebeilage/ Salat																								
	Soße																								
	Dessert																								
Sonstiges																									

Bewertungsskala: 1= sehr gut, 2= gut, 3= befriedigend (Noten 1-3 → kein Fehler, Bemerkung möglich)
 4= verbesserungswürdig, 5= entspricht nicht den Anforderungen des Kunden (Noten 4-5 → Fehler, Bemerkung Kunde notwendig / Maßnahme CA)

Unterschrift KL/ Vertretung: _____

Unterschrift Kunde: _____

Erstellt am:	23.02.2015	Geprüft am:	23.02.2015	Freigegeben am:	06.03.2015
Von:	F. Gerke	Von:	Monika Buß	Von:	Ralf Delker