Dokumentation Schädlingsmonitoring/Bekämpfung

Prüfungsintervall:_____(bsp. ½ jährlich / ¼ jährlich, monatlich, wöchentlich)

Datum	Raum / Bereich	Befall ja / nein	Art Befall (z.B.: Insekten, Motten, Mäuse, Ameisen)	Maßnahme	Unterschrift