

Datum: _____ Handläggare: _____

Produktnamn: _____	Företag: _____
Konsumentförpackningar:	
1) Är märkningen klart läsbar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
2a) Finns föreskrivna märkningsuppgifterna på svenska?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
b) Om nej , är skilljer sig språket obetydligt från svenskan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
3a) Finns rättvisande livsmedelsbeteckning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Finns ett fanatasinamn?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
c) Om ja , vilket?	
4a) Finns en ingrediensförteckning med ordet "ingrediens"?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Har ingredienserna angetts i fallande storleksordning efter vikt vid tillverkningstillfället?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
c) Har sammansatta ingredienser specificerats?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
5a) Föregås E-nummer alt vedertaget namn av funktionsnamn?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
b) Åtföljs funktionsnamnen av E-nummer eller vedertaget namn?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
6) Anges mängden av ingrediensen	
a) som angetts i beteckningen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
b) som framhävs i märkningen t.ex. med bild?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
c) som kännetecknar livsmedlet, t.ex. kötthalt i korv?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
7) Har "Bäst före-dag" angetts med dag-månad-år?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
8) Finns en förvaringstemperatur angiven?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
9) Har namn, adress alt telefonnummer angetts?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
10) Finns ursprungsmärkning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
11) Finns uppgift om nettokvantitet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
12) Finns uppgift om bruksanvisning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
13) Finns uppgift om verklig alkoholhalt?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
Storförpackningar:	
12 a) Finns beteckning, hållbarhetsdatum, namn/adress el. telefon på storförpackningen till storkök (§14)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
b) Finns resterande uppgifter enligt §16 på medföljande handling?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
13a) Finns beteckning och förvaringstemperatur på storförpackning till butik/industri (§15)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
b) Finns resterande uppgifter enligt §16 på medföljande handling?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
14) Finns "Kan innehålla spår av..."-märkning på produkten?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Datum: _____

Handläggare: _____

Matmäklare **Lager**
Producent

Typ av produkt:	Företag:
1a) Är verksamheten anmäld till ett enskilt kontrollorgan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
b) Om ja, i så fall vilket?
2) Finns kodnumret för det kontrollorgan som har övervakat det sista steget i produktionen märkt på förpackningen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3) Är produkten märkt med ekologiskt?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
4) Är produkten märkt med EU:s logotyp för ekologiska livsmedel?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
5) Är produkten märkt med KRAV-märket?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6) Finns importbeslut från SLV för ekologiska produkter som har importerats från tredje land?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
7) Finns provisoriskt godkännande från SLV för användning av konventionell ingrediens?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare **Lager**
Producent

Produktnamn:	Företag:
1) Är produkten märkt med "fri från GMO"?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
2) Finns texten "genetisk modifierad/modifierat" eller "framställd/framställt av genetisk modifierad/modifierat [ingredisensnamn] på förpackningen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3a) Importeras risprodukter från Kina?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om ja, finns det intyg på att produkten är fri från Bt63?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare **Lager**
Producent

Produktnamn:	Företag:
1) Uppfylls kraven i 2 §?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
2) Finns namn på kategori av näringsämnen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3) Finns rekommenderat daglig dos?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
4) Finns en varning att överskrida den angivna rekommenderade dagliga dosen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
5) Framgår det att kosttillskott ej bör användas som ett alternativ till en varierad kost?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6) Framgår det att produkten bör förvaras utom räckhåll för barn?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
7) Finns påstående eller antydning som innebär att en allsidig kost inte kan ge tillräckliga mängder näringsämnen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
8) Framgår mängd vitamin och/eller mineral i den dagliga dosen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
9) Framgår procentsats av RDI i enlighet med SLVs föreskrifter om näringsvärdesdeklaration?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
10) Innehåller produkten läkemedelsklassade substanser?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare **Lager**
Producent

Produktnamn:	Företag:
1a) Krävs tillstånd från Livsmedelsverket (mycket lågt energiinnehåll (450-800 kcal/dygnsdos)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
b) Om ja , finns detta tillstånd?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
2) Finns uppgift om hur snabbt eller hur stor viktminskning som kan förväntas?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3) Står livsmedlets särskilda näringsmässiga egenskaper i anslutning till beteckningen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
4a) Finns en näringsvärdesdeklaration?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Är näringsvärdesdeklarationen i enlighet med föreskriften (§5)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
5) Motsvarar mängderna mineraler och vitaminer kraven i föreskriften (bilaga 1)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6) Finns en bruksanvisning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
7a) Innebär konsumtion av produkten mer än 20g sockeralkoholer/polyoler per dag?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om ja , finns uppgift om laxerande effekt?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
8) Finns information om vikten av tillräckligt dagligt vätskeintag?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
9a) Är produkten en måltidsersättning för viktkontroll?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om ja , finns uppgift om att komplettering av andra livsmedel bör ingå i denna kost (7§)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
10a) Anges i märkningen att produkten är en komplett kostersättning för viktkontroll?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om ja , finns uppgift om att produkten innehåller tillräcklig dagsmängd av alla viktiga näringsämnen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
c) Om ja , finns uppgift om att produkten ej bör nyttjas längre tid än tre veckor utan att medicinskt råd inhämtas?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
d) Om ja , ingår alla komponenter i kostersättningen (utom vatten) i en och samma förpackning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare **Lager**
Producent

Produktnamn:	Företag:
1a) Känner företaget till den nya föreskriften som gäller fr.o.m. 17 juni 2009? b) Enligt vilken föreskrift är produkten märkt enligt företaget?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> LIVS FS 2005:9 <input type="checkbox"/> LIVS FS 2009:6 <input type="checkbox"/>
2a) Är symbolen grön eller svart? b) Finns ® i anslutning till symbolen? c) Är ® svart eller vit?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3a) Vilken livsmedelsgrupp har företaget placerat in produkten i? b) Är den placeringen rätt enligt föreskrifterna? c) Om Nej, vilken grupp skulle produkten klassas i?	Grupp:..... Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ingen grupp, ingår ej i föreskriften <input type="checkbox"/>
4 a) Uppfyller produkten villkoren för den grupp som produkten ska tillhöra? b) Om delvis , vad stämmer ej:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
c) Om produkten är klassad i rätt grupp finns dokument som styrker att villkoren och förutsättningarna i nyckelhålmärkningen är uppfyllda?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
Matmäklare 5) Har företaget verifierat att tillverkaren uppfyller villkoren kopplade till aktuell livsmedelsgrupp?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
6a) Finns näringsvärdesdeklaration? b) Enligt grupp 1? c) Enligt grupp 2? d) Annan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Vilken:

Kommentarer:.....
.....
.....
.....

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare Lager
Producent

Produktnamn:

Företag:

Hälsopåståenden:

Näringspåståenden:

Hälsopåståenden:

1a) Finns påståendet godkänt i förordning eller beslut?

Ja Nej Ej akt

b) Återfinns det i EFSA:s sökmotor (se Internetadress i hjälpredan)?

Ja Nej Ej akt

c) Har påståendet fått ett icke-godkännande?

Ja Nej Ej akt

d) Överensstämmer aktuellt påstående med upptagna eller godkända påståenden i sökmotorn/beslut/förordningar?

Ja Nej Ej akt

Om hälsopåståendet gäller minskad sjukdomsrisk (art 14.1a):

e) Finns påståendet upptaget i förordning eller beslut såsom godkänt?

Ja Nej Ej akt

f) Finns uppgift om att en mängd riskfaktorer finns för angiven sjukdom och att ändringen av en riskfaktor inte behöver medföra en gynnsam effekt?

Ja Nej Ej akt

Näringspåståenden:

2a) Kan aktuella näringspåståenden återfinnas i bilagorna till förordningen 1924/2006 eller förordning 116/2010?

Ja Nej Ej akt

b) Uppgår deklarerad mängd av näringsämnen till den som krävs enligt ovanstående förordningar?

Ja Nej Ej akt

c) Finns styrkande vetenskaplig dokumentation till näringspåståenden som avser ”andra ämnen än näringsämnen” som inte återfinns i bilagorna till 1924/2006 & 116/2010?

Ja Nej Ej akt

Hälsopåståenden/ Näringspåståenden:

3a) Framgår vilket/vilka ämnen i produkten som påståendet gäller?

Ja Nej Ej akt

b) Om ja vilket/vilka:

Hälsopåståenden

c) Framgår det vilken specifik effekt ämnet har?

Ja Nej Delvis Ej akt

d) Om ja, vilken

Hälsopåståenden/ Näringspåståenden:

4) Antyder påståendet eller annan information i märkningen att balanserad kost inte skulle ge tillräckligt med näring och energi?

Ja Nej Ej akt

Hälsopåståenden/ Näringspåståenden:

5) Finns det påståenden som utnyttjar konsumenters rädsla?

Ja Nej Ej akt

Om ja vilka:

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare **Lager**
Producent

Typ av produkt för speciellt medicinskt ändamål:	Företag:
1) Har anmälan lämnats till Livsmedelsverket?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
2a) Står livsmedlets särskilda näringsmässiga egenskaper i anslutning till beteckning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Finns beteckningen ”livsmedel för speciella medicinska ändamål”?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3a) Finns en näringsvärdesdeklaration?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Är näringsvärdesdeklarationen i enlighet med föreskriften (§7)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
4) Finns en genomsnittlig halt av varje mineralämne och varje vitamin enligt föreskriften (bilaga 2) uttryckt numeriskt per 100g eller 100ml eller dos om antal doser i förpackningen anges?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
5) Framgår ursprunget för proteinkällan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6 a) Finns ordet ”viktigt” eller liknande med i märkningen? Följs ordet ”viktigt” av uppgift om att:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Finns uppgift om att livsmedlet ska användas under läkares eller dietists inrådan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
c) Finns uppgift om livsmedlet är lämpligt som enda näringskälla eller ej?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
d) Finns uppgift om vilken åldersgrupp produkten är avsedd för?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
e) Finns uppgift om produkten kan innebära en hälsorisk för personer som inte lider av aktuell sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
7a) Finns uppgift om ”För kostbehandling av” aktuella sjukdomar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Finns uppgift om lämpliga försiktighetsåtgärder eller tillstånd då produkten inte ska intas?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
c) Finns uppgift om de egenskaper som gör produkten användbar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
d) Finns uppgift om produkten ej är avsedd för parenteralt bruk?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
e) För sondnäringar: Finns uppgift om osmolaritet/osmolalitet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
8) Finns bruksanvisning för tillagning, förvaring och användning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
9a) Finns påståenden om att de kan förebygga, bota eller behandla sjukdom (medicinska påståenden)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Kan produkten innehålla ingrediens/er som gör att produkten ska klassificeras som läkemedel?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
c) Är klassificeringen av produkten som FSMP relevant?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
d) Om nej på frågan ovan: Bör produkten omklassificeras? T ex kosttillskott, läkemedel, sär-närslivsmedel inom en annan kategori.	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare Lager
Producent

Typ av SÄR-NÄR-produkt:	Företag:
1a) Har anmälan lämnats till Livsmedelsverket?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om nej , bedöms produkten vara en "fri från produkt"?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
2) Står livsmedlets särskilda näringsmässiga egenskaper i anslutning till beteckning, t.ex. glutenfri?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
3a) Finns en näringsvärdesdeklaration?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Är näringsvärdesdeklarationen i enlighet med föreskriften (§8)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
4) Är ingredienserna lämpliga för ändamålet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
5) Finns påståenden om att de kan förebygga, bota eller behandla sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6a) Har företaget ett riskbaserat system för egenkontroll som omfattar produkten?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
b) Om ja bedöms detta system för egenkontroll vara tillräckligt säkert för de risker förknippade med detta livsmedel?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
alternativt	
c) Verifieras att tillverkaren har ett riskbaserat system för egenkontroll som omfattar produkten?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
d) Om ja bedömer företaget att detta system för egenkontroll är tillräckligt säkert för de risker förknippade med detta livsmedel?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum: _____ Handläggare: _____

Matmäklare Lager
Producent

Typ av produkt:	Företag:
1a) Finns verklig alkoholhalt uttryckt i volymprocent?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om ja, i så fall vilken?
2a) Finns uppgifter om innehåll av eventuella allergener? (se bilaga 1 i märkningsföreskriften för undantag)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om ja, är detta märkt på svenska?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<u>Vin</u> 3) Finns obligatoriska uppgifter enligt Artikel 59 i 479/2008 på något av gemenskapens officiella språk?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
4a) Finns frivilliga märkningsuppgifter?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
b) Om ja, vilka?
<u>Cider</u> 5) Är produkten framställd av fermenterad fruktjuice av äpple och/eller päron?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
6) Innehåller den färdiga produkten minst 15 volymprocent fruktjuice?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<u>Spritdrycker</u> 7) Finns kategori av spritdryck märkt på förpackningen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>
8) Finns andelen alkoholingrediens i procent i fallande skala på blandade spritdrycker?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej akt <input type="checkbox"/>

Kommentarer:.....
.....
.....
.....
.....
.....