

Etikett

Nur vom Labor auszufüllen!

Rechnungsanschrift (falls abweichend):



MVZ Labor Ravensburg
Labor Dr. Gärtner

Hygielabor
Elisabethenstraße 11 | 88212 Ravensburg
Tel.: +49 751 502-232 | Fax: +49 751 502-828
hygiene@labor-gaertner.de
www.labor-gaertner.de

Probennahme von (Name):

Probennahmedatum/Uhrzeit:

Einsendedatum/Unterschrift:

Berichtsempfänger (Stempel):

Begleitschein Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG)

Einrichtung (falls abweichend) _____

Prüfort/Abteilung

<input type="checkbox"/> AEMP	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Intensiv
<input type="checkbox"/> Endoskopie	<input type="checkbox"/> Station	<input type="checkbox"/> Ambulanz
<input type="checkbox"/> Küche	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Angaben über das geprüfte Gerät

Hersteller: _____ Seriennummer: _____
Gerätetyp/-bezeichnung: _____ Chargenzähler: _____

Programm

<input type="checkbox"/> Chemisch-thermisch	<input type="checkbox"/> Dampf	<input type="checkbox"/> RKI (93°C, 10 Min.)
Temp.: _____	Temp.: _____	<input type="checkbox"/> _____
Haltezeit: _____	Haltezeit: _____	

Reinigungs- und Desinfektionsmittel-Produkte

Produktname: _____ Dosiermenge: _____

Prüfungsart

<input type="checkbox"/> Periodische Prüfung	<input type="checkbox"/> Ausserordentliche Prüfung	<input type="checkbox"/> Prüfung vor Inbetriebnahme
<input type="checkbox"/> _____		

Geräteart

<input type="checkbox"/> Instrumentenspülmaschine	<input type="checkbox"/> Wäschewaschmaschine
<input type="checkbox"/> Endoskopspülmaschine	<input type="checkbox"/> Stations-Geschirrspülmaschine
<input type="checkbox"/> Säuglingsflaschenspülmaschine	<input type="checkbox"/> Mehrtank-Transportgeschirrspülmaschine
<input type="checkbox"/> Bettgestelle, Nachttische, Transportwagen	<input type="checkbox"/> Dampfdesinfektionsapparat
<input type="checkbox"/> Steckbeckenspüle	<input type="checkbox"/> _____

Aufbereitungsgut

<input type="checkbox"/> Chirurgische Instrumente	<input type="checkbox"/> OP-Schuhe (RAM)
<input type="checkbox"/> Utensilien aus Anästhesie/Intensiv	<input type="checkbox"/> Steckbecken
<input type="checkbox"/> Endoskope	<input type="checkbox"/> Geschirr
<input type="checkbox"/> Säuglingsflaschen	<input type="checkbox"/> Wäsche
<input type="checkbox"/> Bettgestelle/Nachttische (RAM)	<input type="checkbox"/> Matratzen
<input type="checkbox"/> Transportwagen	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Container	

Lage der Bio-Indikatoren (ggf. auf Rückseite zeichnen)

Bemerkungen

- Für jedes geprüfte Gerät/Programm einen separaten Begleitschein ausfüllen!
- Begleitschein bitte vollständig ausfüllen!
- Jeder Einsendung einen unbehandelten Prüfkörper als Transportkontrolle beilegen!
- Durchschlag verbleibt beim Einsender.