

# 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:  
\_\_\_\_\_  
Einsenddatum/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.