

# Etikett

Nur vom Labor auszufüllen!

Rechnungsadresse (falls abweichend):



**MVZ Labor Ravensburg**  
Labor Dr. Gärtner

**Abt. Mikrobiologie und Hygiene**  
Elisabethenstraße 11 | 88212 Ravensburg  
Tel.: +49 751 502-232 | Fax: +49 751 502-828  
hygiene@labor-gaertner.de  
www.labor-gaertner.de

Prüfung durchgeführt von (Name):

Befundadresse:

Prüfungsdatum:

Einsendedatum/Unterschrift:

## Begleitschein Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG)

Einrichtung (falls abweichend) \_\_\_\_\_

**Prüfort/Abteilung**     ZSVA     OP     Intensiv  
 Endoskopie     Station     Ambulanz  
 \_\_\_\_\_

**Angaben über das geprüfte Gerät**  
Hersteller: \_\_\_\_\_ Seriennummer: \_\_\_\_\_  
Gerätetyp/-bezeichnung: \_\_\_\_\_ Chargenzähler: \_\_\_\_\_

**Programm**     Chemisch-thermisch     Dampf     RKI (93°C, 10 Min.)  
Temp.: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Haltezeit: \_\_\_\_\_ Haltezeit: \_\_\_\_\_

**Reinigungs- und Desinfektionsmittel-Produkte**  
Produktname: \_\_\_\_\_ Dosiermenge: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prüfungsart**     Periodische Prüfung     Ausserordentliche Prüfung     Prüfung vor Inbetriebnahme  
 \_\_\_\_\_

**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"/> Abfall
<input type="checkbox"/> Container	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

**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.