Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
INSTITUT für KRANKENHAUSHYGIENE
und MIKROBIOLOGIE
Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. Klaus Vander
8010 Graz, Stiftingtalstraße 14, Tel. 0316/340-5720, Fax: 5703

Begleitschein für Wasseruntersuchungen

Einsender (Stempel)

Tel.Nr.

Kommentar:

☐ überbrachte Probe

Zudosierung Chlor:
☐ nein

Zudosierung Chlor
☐ ja:
☐ Chlordioxid
☐ Natriumhypochlorit

Temperaturmessung vor Ort:

☐ Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM

Transportkriterien gem. VA 1010.5220 erfüllt
☐ ja ☐ nein

Temperatur 5 ±3°C (bei Übernahme, nur wenn zw. Abnahme und Übernahme >/= 12 h)
☐ ja ☐ nein

Gefäß mit Natriumthiosulfat verwendet ☐ ja
(gemäß VA 1010.5220) ☐ nein

Probenbezeichnung:

Probenahmestelle:

Art der Entnahme:

Zustand der Probe bei Abnahme: ☐ **unauffällig (klar, farblos, kein Bodensatz)**

☐ **abweichend**.....

Anmerkung:

BITTE GUT LESERLICH IN BLOCKBUCHSTABEN SCHREIBEN!

Proben abgenommen von:

Datum (tt.mm.jjjj)	Uhrzeit (hh:mm)	Name (BLOCKBUCHSTABEN)	Unterschrift	Befunder

Letzte Änderung am 13.03.2018