



Begleitschein für Umgebungsuntersuchungen

Einsender (Stempel)

Tel.Nr.

Prot.Nr.:

Eingang:

Ausgang:

Paraffe: geprüft/angelegt:

<input type="checkbox"/> Abklatsche <input type="checkbox"/> Abstriche <input type="checkbox"/> Säuglingsnahrung/Muttermilch	<input type="checkbox"/> Luftkeimuntersuchung <input type="checkbox"/> Gerät 1 <input type="checkbox"/> Gerät 2 <input type="checkbox"/> Gerät 3 <input type="checkbox"/> kein IKM Gerät	<input type="checkbox"/> _____ _____ (sonstiges)
---	--	--

BITTE GUTLESERLICH IN BLOCKBUCHSTABEN SCHREIBEN!

Nr.	Abteilung/Zimmer	Bezeichnung der Probe
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Proben abgenommen von:/Befunder:

--	--	--	--

Datum
Name (BLOCKBUCHSTABEN)
Unterschrift
Befunder