



Begleitschein für Endoskop-Spülwasser

Einsender (Stempel)

Tel.Nr.

Kommentar:

<input type="checkbox"/> überbrachte Probe	<input type="checkbox"/> Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM Transportkriterien gem. VA 1010.5220 erfüllt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

<input type="checkbox"/> Maschinelle Aufbereitung	<input type="checkbox"/> Manuelle Aufbereitung
Maschinentyp:	Reinigungsmittel:
Reinigungsmittel:	Konzentration:
Desinfektionsmittel:	Desinfektionsmittel:
	Einwirkzeit:

	ENDOSKOPBEZEICHNUNG	Bronchoskop	KANAL
1		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal 2) <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal 3) <input type="checkbox"/> Albarrankanal 4) <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/>

Proben abgenommen von:

--	--	--	--

Datum (tt.mm.jjjj) Name (BLOCKBUCHSTABEN) Unterschrift Befunder

Letzte Änderung am 17.05.2018