




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

## Begleitschein für Wasseruntersuchungen auf Pseudomonas aeruginosa

Einsender (Stempel)   Tel.Nr.	  		
<input type="checkbox"/> überbrachte Probe <input type="checkbox"/> Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM	Kommentar		
<b>Zudosierung Chlor:</b> <input type="checkbox"/> nein	<b>Zudosierung Chlor</b> <input type="checkbox"/> ja	Transportkriterien erfüllt (gem. VA 1010.5220)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Temperatur gemessen mit Gerätenummer:	<input type="checkbox"/> Chlordioxid <input type="checkbox"/> Natriumhypochlorit	Temperatur 5 ±3°C (bei Übernahme, nur wenn zw. Abnahme und Übernahme >/= 12 h)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zweck gem. ISO 19458 / VA Probenahme und Transport: Abnahmeverfahren <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3B		Gefäß mit Natriumthiosulfat verwendet (gemäß VA 1010.5220)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nr.	Leitung		Ort der Probenahme/Bezeichnung der Probe	Temp.
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung	P S E U D O M O N A S		
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>5</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>6</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>7</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>8</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>9</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			
<b>10</b>	<input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung <input type="checkbox"/> Warmwasserleitung			

Proben abgenommen von:

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