




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 Legionellen

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"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03A <input type="checkbox"/> 03B	Gefäß mit Natriumthiosulfat verwendet (gemäß VA 1010.5220)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Auffallende Organoleptik</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nr.	Leitung		Ort der Probenahme/Bezeichnung der Probe	Temp.
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung	L E G I O N E L L E N		
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>5</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>6</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>7</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>8</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>9</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			
<b>10</b>	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung			

Proben abgenommen von:

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