Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. **INSTITUT für KRANKENHAUSHYGIENE und MIKROBIOLOGIE** Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. Klaus Vander 8010 Graz, Stiftingtalstraße 16 Tel. 0316/340-5720, Fax: 5703	Laboretikett

Begleitschein für Wasseruntersuchungen

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

Auffallende Organoleptik	☐ ja ☐ nein
Untersuchte Parameter: E.coli, Coliforme Bakt., Enterokokken, KBE bei 22°C, KBE bei 37°C	

Probenbezeichnung:	**Temperatur:**
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 (dd.mm.jjjj)	Uhrzeit (hh:mm)	Name (BLOCKBUCHSTABEN)	Unterschrift