

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.  
**INSTITUT für KRANKENHAUSHYGIENE  
 und MIKROBIOLOGIE**  
 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.

Kommentar

Dieser gekennzeichnete Bereich ist vom IKM auszufüllen:

überbrachte Probe

Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM

**Zudosierung Chlor:**

ja       nein  
 Chlordioxid  
 Natriumhypochlorit

Gefäß mit  
Natriumthiosulfat  
verwendet  
(gemäß VA 1010.5220)

ja       nein

ja      Transportkriterien erfüllt (gem. VA 1010.5220):

Verpackung beschädigt  
 Temperatur 5 ±3°C (bei Übernahme, nur wenn  
zwischen Abnahme und Übernahme >= 12 h)

nein

Sonstiges:

Temperatur gemessen bei Abnahme durch  
Insp. Techniker IKM:

Geräte Nr. \_\_\_\_\_

Zweck gem. ISO 19458 / VA Probenahme und Transport:  
Abnahmeverfahren\*  1    2    3A    3B

Auffallende Organoleptik

ja       nein

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

Proben abgenommen von:

--	--	--

Datum      Uhrzeit  
(dd.mm.jjjj)    (hh:mm)

Name (BLOCKBUCHSTABEN)

Unterschrift