

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 auf Legionellen

Einsender (Stempel)	  
Tel. Nr.	

Kommentar <input type="checkbox"/> überbrachte Probe Zudosierung Chlor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Chlordioxid <input type="checkbox"/> Natriumhypochlorit	Gefäß mit Natriumthiosulfat verwendet (gemäß VA 1010.5220) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dieser gekennzeichnete Bereich ist vom IKM auszufüllen: <input type="checkbox"/> Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM <input type="checkbox"/> ja Transportkriterien erfüllt (gem. VA 1010.5220): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verpackung beschädigt <input type="checkbox"/> Temperatur 5 ±3°C (bei Übernahme, nur wenn zwischen Abnahme und Übernahme >= 12 h) <input type="checkbox"/> Sonstiges: Temperatur gemessen bei Abnahme durch Geräte Nr. Insp. Techniker IKM: _____
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	Auffallende Organoleptik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nr.	Leitung		Ort der Probenahme/Bezeichnung der Probe	*Verfahren	Temp.
1	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung	L E G I O N E L L E N			
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