

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

## Begleitschein für Wasseruntersuchungen auf Pseudomonas aeruginosa

Einsender (Stempel)    Tel.Nr.	  
--	--

Kommentar  <input type="checkbox"/> überbrachte Probe  <b>Zudosierung Chlor:</b> <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:
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	
Temperatur gemessen bei Abnahme durch Insp. Techniker IKM: _____	
Geräte Nr. _____	

Nr.	Leitung		Ort der Probenahme/Bezeichnung der Probe	*Verfahren	Temp.
1	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung	P S E U D O M O N A S			
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 (tt.mm.jjjj)	Uhrzeit (hh:mm)	Name (BLOCKBUCHSTABEN)	Unterschrift