

## Begleitschein für Endoskop-Spülwasser

Einsender: (Stempel)	
Tel. Nr.	

<input type="checkbox"/> überbrachte Probe	<input type="checkbox"/> Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM Transportkriterien gem. VA 1010.5220 erfüllt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	--

ENDOSKOPBEZEICHNUNG	Bronchoskop	KANAL (nur 1 Kanal/Zeile auswählen)			
1	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
2	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
3	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
4	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
5	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
6	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
7	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
8	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
9	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal
10	<input type="checkbox"/> ja	1) <input type="checkbox"/> Luft-Wasserkanal	2) <input type="checkbox"/> Instrumentierkanal	3) <input type="checkbox"/> Spül- Saugkanal	4) <input type="checkbox"/> Albarrankanal

Proben abgenommen von:

Datum (dd.mm.jjjj)	Name (BLOCKBUCHSTABEN)	Unterschrift