



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 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
--	--

<input type="checkbox"/> Maschinelle Aufbereitung	<input type="checkbox"/> Manuelle Aufbereitung
Maschinentyp:	Reinigungsmittel:
Reinigungsmittel:	Konzentration:
Desinfektionsmittel:	Desinfektionsmittel:
	Einwirkzeit:

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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>
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"/> Albarankanal 5) <input type="checkbox"/> 6) <input type="checkbox"/>

Proben abgenommen von:

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