


Begleitschein für Flüssigkeiten aus medizinischen Geräten (FMG)

Einsender: (Stempel)	
Tel. Nr.	

<input type="checkbox"/> überbrachte Probe	<input type="checkbox"/> Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM
Untersuchungsumfang:	Dieser gekennzeichnete Bereich ist vom IKM auszufüllen:
<ul style="list-style-type: none"> • Pseudomonas aeruginosa • Enterobakterien • Gesamtkeimzahl bei 22°C 	<input type="checkbox"/> ja Transportkriterien erfüllt (gem. VA 1010.5220): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verpackung beschädigt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Zusatzuntersuchung auf Enterococcus faecium angefordert	

Nr.	Flüssigkeiten		Ort der Probenahme/Bezeichnung der Probe
1	<input type="checkbox"/> VE Wasser <input type="checkbox"/> Dialysewasser <input type="checkbox"/> letztes Spülwasser _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	FLÜSSIGKEITEN AUS MED. GERÄTEN	
2	<input type="checkbox"/> VE Wasser <input type="checkbox"/> Dialysewasser <input type="checkbox"/> letztes Spülwasser _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
3	<input type="checkbox"/> VE Wasser <input type="checkbox"/> Dialysewasser <input type="checkbox"/> letztes Spülwasser _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
4	<input type="checkbox"/> VE Wasser <input type="checkbox"/> Dialysewasser <input type="checkbox"/> letztes Spülwasser _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
5	<input type="checkbox"/> VE Wasser <input type="checkbox"/> Dialysewasser <input type="checkbox"/> letztes Spülwasser _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		

Proben abgenommen von:

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