

Prüfberichtsnummer IKM

Ärztliche Direktion
Prim. Dr. Klaus Vander
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16; T +43 316 340-5720, F +43 316 340-5702
Probenannahmezeiten: Mo - Fr: bis 14.30 Uhr; www.krankenhausthygiene.at

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

Nr.	Flüssigkeiten	FLÜSSIGKEITEN AUS MED. GERÄTEN	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: _____		
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