

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:	
<input type="checkbox"/> Zusatzuntersuchung auf Enterococcus faecium angefordert	
Dieser gekennzeichnete Bereich ist vom IKM auszufüllen:	
<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	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