

**Begleitschein für Sterilisationskontrollen**

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"/> Dampfsterilisator	<input type="checkbox"/> Heißluftsterilisator	<input type="checkbox"/> Periodische Überprüfung
<input type="checkbox"/> Großgerät	<input type="checkbox"/> Tischgerät	<input type="checkbox"/> Außerordentliche Überprüfung
<input type="checkbox"/> Gassterilisator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prüfung nach Aufstellung

**Geräte- und Betriebsangaben:**

**Standort:** \_\_\_\_\_

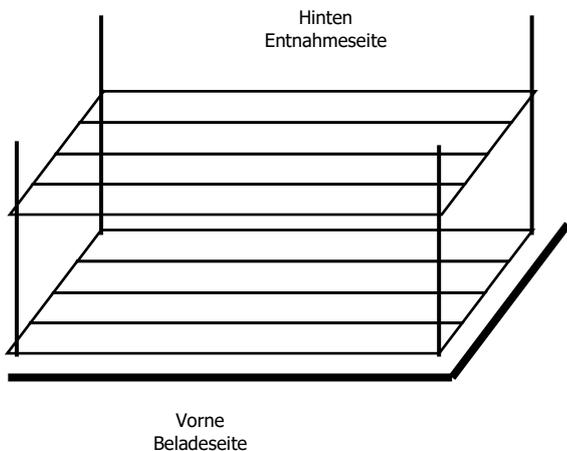
**Hersteller:** \_\_\_\_\_ **Typ:** \_\_\_\_\_

**Betriebsprogramm:** \_\_\_\_\_

**Sterilisiertemperatur:** \_\_\_\_\_ °C      **Sterilisierzeit:** \_\_\_\_\_ Min.      **Chargenzeit:** \_\_\_\_\_ Min.

**Gerätebeladung:** \_\_\_\_\_

**Verteilung der Bioindikatoren in der Sterilisatorkammer:**



**Bioindikatoren:**

- Unverpackt
- einfach verpackt
- doppelt verpackt
- Transportkontrolle

Proben abgenommen von:

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