

## Begleitschein für Sterilisationskontrollen

Einsender: (Stempel)



Tel. Nr.

☐ überbrachte Probe

☐ Probenahme u. Transport durch Inspektoren des  
IKM Transportkriterien gem. VA 1010.5220 erfüllt

☐ ja

☐ nein

☐ Dampfsterilisator

☐ Heißluftsterilisator

☐ Großgerät

☐ Tischgerät

☐ Gassterilisator

☐

☐ Periodische Überprüfung

☐ Außerordentliche Überprüfung

☐ Prüfung nach Aufstellung

### Geräte- und Betriebsangaben:

**Standort:**

**Hersteller:**

**Typ:**

**Betriebsprogramm:**

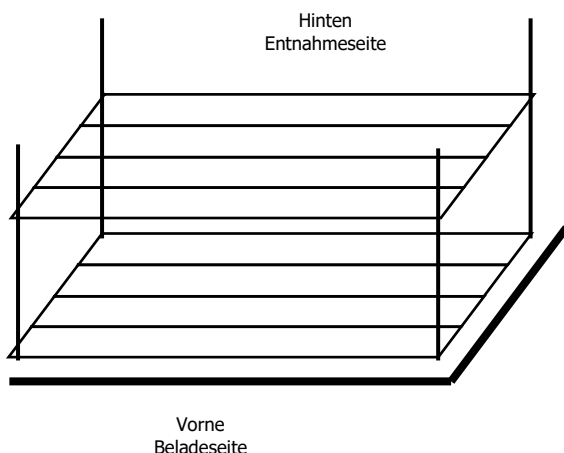
**Sterilisiertemperatur:** \_\_\_\_\_ °C

**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