

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"/> 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:

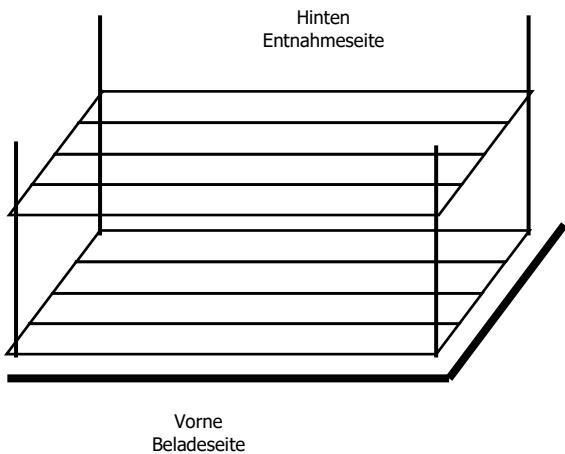
Sterilisiertemperatur: _____ °C

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
--------------------	------------------------	--------------