


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"/> Prüfung nach Aufstellung

Geräte- und Betriebsangaben:

Standort: _____

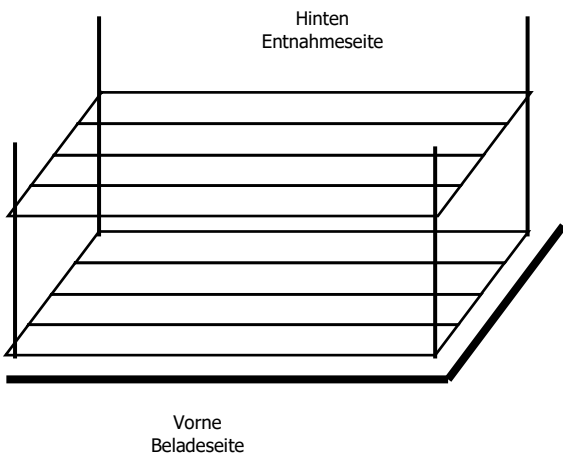
Hersteller: _____ **Typ:** _____

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