


Prüfberichtsnummer IKM

8010 Graz, Stiftingtalstraße 16; T +43 316 340-5720, F +43 316 340-5702  
Probenannahmezeiten: Mo - Fr: bis 14.30 Uhr; [www.krankenhaushygiene.at](http://www.krankenhaushygiene.at)

**Ärztliche Direktion**

Prim. Dr. Klaus Vander

## Begleitschein für Umgebungsuntersuchungen

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"/> Chargennummer:	<input type="checkbox"/> Kommentar:
---	-------------------------------------

<input type="checkbox"/> Abklatsche <input type="checkbox"/> Abstriche <input type="checkbox"/> Sedimentationsplatten <input type="checkbox"/> Desinfektionsmittellösung	<input type="checkbox"/> Luftkeimuntersuchung mittels Gerät /100 L <input type="checkbox"/> Gerät 1 <input type="checkbox"/> Gerät 2 <input type="checkbox"/> Gerät 3 <input type="checkbox"/> kein IKM Gerät <input type="checkbox"/> (sonstiges):
---	---

Nr.	Abteilung/Zimmer	Bezeichnung der Probe
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Proben abgenommen von:

--	--	--

Datum (dd.mm.jjjj)

Name (BLOCKBUCHSTABEN)

Unterschrift