Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. **INSTITUT für KRANKENHAUSHYGIENE und MIKROBIOLOGIE** Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. Klaus Vander 8010 Graz, Stiftingtalstraße 16, Tel. 0316/340-5720, Fax: 5703	Laboretikett

Begleitschein für Wasseruntersuchungen auf Legionellen

Einsender (Stempel) Tel. Nr.	

Kommentar		Dieser gekennzeichnete Bereich ist vom IKM auszufüllen:	
		☐	Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM
☐ überbrachte Probe		☐ ja	Transportkriterien erfüllt (gem. VA 1010.5220):
Zudosierung Chlor: ☐ ja ☐ nein ☐ Chlordioxid ☐ Natriumhypochlorit	Gefäß mit Natriumthiosulfat verwendet (gemäß VA 1010.5220) ☐ ja ☐ nein	☐ nein	☐ Verpackung beschädigt ☐ Temperatur 5 ±3°C (bei Übernahme, nur wenn zwischen Abnahme und Übernahme >/= 12 h) ☐ Sonstiges:
		Temperatur gemessen bei Abnahme mit Gerätenummer: _____	
Zweck gem. ISO 19458 / VA Probenahme und Transport: Abnahmeverfahren* ☐1 ☐2 ☐3A ☐3B		Auffallende Organoleptik	☐ ja ☐ nein

Nr.	Leitung		Ort der Probenahme/Bezeichnung der Probe	*Verfahren	Temp.
1	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung	LEGIONELLEN			
2	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
3	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
4	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
5	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
6	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
7	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
8	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
9	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				
10	☐ Warmwasserleitung ☐ Kaltwasserleitung				

Proben abgenommen von:

Datum (dd.mm.jjjj) Uhrzeit (hh:mm)	Name (BLOCKBUCHSTABEN)	Unterschrift