

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 Pseudomonas aeruginosa

Einsender (Stempel)	  
Tel.Nr.	

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

Nr.	Leitung		Ort der Probenahme/Bezeichnung der Probe	*Verfahren	Temp.
1	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung	PSEUDOMONAS			
2	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
3	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
4	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
5	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
6	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
7	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
8	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
9	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				
10	<input type="checkbox"/> Warmwasserleitung <input type="checkbox"/> Kaltwasserleitung				

Proben abgenommen von:

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