

Begleitschein

Version: 1
Gültig ab: 01.07.2020



Überprüfung der Keimbelastung von Händedesinfektionsmitteln und Seifen aus Dosiergeräten

- Routinemäßige Untersuchung
- Sonderuntersuchung
- Nachkontrolle

Auftraggeber: _____ Tel./Email: _____

Prüfart (Abteilung): _____

Prüfung durchgeführt am: _____ durch: _____

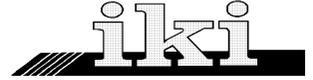
Labordaten:	Eingangsdatum:	Ansatzdatum:	Ausgangsdatum:	Labornummer/Auftrag:
	Zeit: _____	Mitarbeiter: _____ Zeit: _____	Mitarbeiter: _____ Zeit: _____	

Nr.	Entnahmeort	Präparat (Desinfektionsmittel oder Seife)	Einwaage g	Rückwaage g	Differenz g	KbE/ml	KbE/Filter	KbE/Probenvolumen Arten
1		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
2		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
3		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
4		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
5		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
6		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
7		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
8		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
9		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
10		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						

Begleitschein

Version: 1

Gültig ab: 01.07.2020



Nr.	Entnahmeort	Präparat (Desinfektionsmittel oder <u>S</u> eife)	Einwaage g	Rückwaage g	Differenz g	KbE/ml	KbE/Filter	KbE/Probenvolumen Arten
K1	Positivkontrolle zu Nr. 1 - 10	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
11		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
12		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
13		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
14		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
15		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
16		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
17		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
18		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
19		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
20		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
K2	Positivkontrolle zu Nr. 11 - 20	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S						
Ko	Negativkontrolle	---						