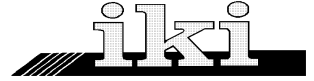


# Begleitschein

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: \_\_\_\_\_

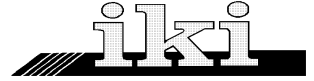
<b>Labordaten:</b>	Eingangsdatum:	Ansatzdatum:	Ausgangsdatum:	<b>Labornummer/Auftrag:</b>
	Zeit: _____	Mitarbeiter: _____	Zeit: _____	Mitarbeiter: _____

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	---						