

Einsendeschein Dentaleinheiten

Begleitschein u. Untersuchungsauftrag zur mikrobiologischen Überprüfung von Dentaleinheiten			
Auftraggeber (Kürzel):			
Name:		Entnahmedatum:	
Straße:		Entnahmeuhrzeit:	
PLZ / Ort:		Probenehmer:	
Tel. / Fax:			
Unterschrift Auftraggeber		Unterschrift Probenehmer:	

Kontrolle zu _____

 Verwendete desinfizierende Zusätze: Ja: _____ Nein

Raum und Probeentnahmestelle (Dentaleinheit: Hersteller, Typ, Seriennummer)		Gewünschte Untersuchung ¹⁾ (Bitte ankreuzen)	Labornummer (wird vom Labor ausgefüllt)
A		<input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 36°C <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> P. aeruginosa	
B		<input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 36°C <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> P. aeruginosa	
C		<input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 36°C <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> P. aeruginosa	
D		<input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 36°C <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> P. aeruginosa	
E		<input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 36°C <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> P. aeruginosa	
F		<input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 36°C <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> P. aeruginosa	
G		<input type="checkbox"/> Koloniezahl bei 36°C <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> P. aeruginosa	

¹⁾ Die KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ (BGBl 2006) legt die Testung aller drei Parameter nahe. Wenn keine Angaben unter den gewünschten Untersuchungen gemacht worden sind, werden wir, ohne zusätzliche Rücksprache mit Ihnen, alle drei Teste kostenpflichtig durchführen.

Prüfkörperversand zum: