

Einsendeschein Endoskope

Begleitschein u. Untersuchungsauftrag zur mikrobiologischen Überprüfung			
Empfänger Prüfbericht		Rechnungsdresse (falls abweichend)	
Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ / Ort:		PLZ / Ort:	
Tel. / Fax:		Tel. / Fax:	
Entnahmedatum:		Probenehmer:	
Entnahmeuhrzeit:			
Unterschrift Auftraggeber		Unterschrift Probenehmer:	

Anforderungsschein

Mikrobiologische Analyse zur Überprüfung der Aufbereitungsqualität von Endoskopen

Labornummer
(vom Labor auszufüllen)

Endoskop	<input type="checkbox"/> Koloskop	<input type="checkbox"/> Gastroskop	<input type="checkbox"/> Duodenoskop
	<input type="checkbox"/> Bronchoskop	<input type="checkbox"/> TEE-Sonde	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Typ			
Seriennummer			
Aufarbeitung	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Teilmaschinell	<input type="checkbox"/> Maschinell

Untersuchungsmaterial		Probenbezeichnung
Abstrich	Distales Ende	<input type="checkbox"/>
	Albaranhebelnische	<input type="checkbox"/>
Spülflüssigkeit Instrumentierkanal		<input type="checkbox"/>
Spülflüssigkeit Optikspülflasche		<input type="checkbox"/>
Spülflüssigkeit Zusatzkanal		<input type="checkbox"/>
Spülflüssigkeit Luft/Wasserkanal		<input type="checkbox"/>

Prüfkörpersversand zum: