

Untersuchungsauftrag: Bakt. Wasseruntersuchung aus medizinischen Geräten bzw. für med. Anwendungen

Auftraggeber:

Name:
Anschrift:
Tel. Nr.:

Probenherkunft

Name:
Anschrift:
Tel. Nr.:

Labor Nr.:
Probe i.O. eingelangt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
eingegangen am:
angesetzt am:
erledigt am:

- Art der Probe:** Endoskopspülwasser Wasser aus med. Geräten Desinfektionsmittellösung
 Wasser aus Therapiewannen (inkl. Pyo +ggf Legionellen) Thermalwasser (inkl. Pyo + Legionellen) _____

Gewünschte Untersuchung: Keimzahl, -differenzierung Zusatzanforderung: _____

Labor Nr.	Nr.	Abt. / Zimmer / Gerät	Probenbezeichnung (eindeutige Kennzeichnung)

Angaben zur Probennahme (Sterile Gefäße verwenden!):
Endoskope: Durchspülen der Kanäle mit ca. 20 ml steriler NaCl.
Med. Geräte: Abnahme von mind. 20 ml Wasser (Lösung)
Desinfektionsmittellösungen: Abnahme von mind. 20 ml Lösung in Probengefäß mit Enthemmervorlage
Therapiewannen und Thermalwasser: 250 ml Schöpfprobe oder Entnahme aus dem Zulauf
Angaben zum Transport: Rascher Transport, wenn möglich gekühlt (ungekühlt nicht länger als 12 h!)

Proben abgenommen von:

Datum:	Name in Blockschrift
--------	----------------------

Stark umrandete Felder bitte nicht ausfüllen !

Unterschrift