

Auftrag mikrobiologische Überprüfung Sterilisation / Dampfdesinfektion

Diese Seite bitte vollständig und leserlich ausfüllen

Einsender:

Rechnung an: (falls abweichend vom Einsender)

Name	Gerne Stempel	Entnahme- datum		Re.-Name	
Straße		Entnahme- uhrzeit		Abteilung	
Ort		Probennehmer		Straße	
Tel. Nr.		Unterschrift Probennehmer		Ort	

Art der Sterilisation / Desinfektion

☐ Dampfsterilisation (Geobac. stearotherophilus, 10 ⁶)	☐ Heißluftsterilisation (Bac. atrophaeus, 10 ⁶)	☐ Sonstige:
☐ Dampfdesinfektion (ABC) (105°C/5 Min) (Bac. atrophaeus. >10 ⁵)	☐ Dampfdesinfektion (AB) (75°C/20 Min) (E. faecium, 10 ⁶)	

Angaben über den Sterilisations-/Desinfektionsapparat: Standort:

Hersteller	Typ, Bezeichnung	Herstellernummer / ggf. GeräteNr. Intern:	Baujahr:
Art / Grund der Prüfung ¹	Verfahren ²	Kammergröße (StE bzw. dm ³) ³	OSLAB-ID:

Angaben zum geprüften Prozess

Chargen Nr.		Geprüftes Programm	
Sterilisations-/Desinfektions-Temperatur:		Abtötungszeit:	
Erreichtes Vakuum		Erreichter Betriebsdruck	

Angaben über die Sterilisierverpackung (Zutreffendes ankreuzen)

☐ Tuch	☐ Tuch/Papier	☐ Papier	☐ Papier/Folie	☐ Folie	☐ Instrumentenkästen / Container	☐ Glasgefäße
☐ Anderes						

Position der Bioindikatoren: Anzahl der Indikatoren: (PK (nicht in den Prozess bringen):

Nr.	Position im Gerät	Nr.	Position im Gerät
01		07	
02		08	
03		09	
04		10	
05		11	
06		12	
Eingang im Labor Datum Verarbeitet / Hdz Datum / Hdz.		Materialien	

1) Periodische Prüfung, mangelnde Funktion, Reparatur, Prüfung nach Aufstellung, Typprüfung

2) Strömungsverfahren, Vorvakuumverfahren, frakt. Vakuumverfahren, frakt. Strömungsverfahren, Dampf-injektionsverfahren, VDH-/ HDH Verfahren

3) Dampfsterilisation (Sterilisationseinheiten: 1 StE = 30 x 30 x 60 cm), Heißluft- und Gassterilisation (dm³)

Kennung: BS-137 Auftrag Prüfung Sterilisation Dampfdesinfektion.docx	Freigabe/Unterschrift: PD Dr. F. Szabados	Revision 06	gültig ab: 12.05.2025	Seite: 1 von 1
--	---	----------------	--------------------------	----------------