

Auftrag Umgebungsuntersuchung

Diese Seite bitte vollständig und lesbar ausfüllen

Einsender:

Rechnung an:

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

Fragestellung:

<input type="checkbox"/> Kontrolle der Desinfektion	<input type="checkbox"/> Desinfektion am:	<input type="checkbox"/> Uhrzeit:
<input type="checkbox"/> Routine / Keimbelastung	<input type="checkbox"/> Gezielte Erregersuche nach:	

Art des Materials:

<input type="checkbox"/> Abdruck (HAP)	<input type="checkbox"/> Abstrich (HAB)	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Flüssigkeit	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte Expositionszeit:	

Entnahmebereich:

Lfd. Nr.	Labor-Nr.	Entnahmestelle
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
0		

Eingang im Labor Datum

Verarbeitet / Hdz
Datum / Hdz.