

## Auftrag mikrobiologische Überprüfung Endoskope

**Bitte 2 Tage vorher Abholung bei Frau Prigge anmelden (transport@oslab.de)!**

Auftraggeber			
Name		Entnahmedatum	
Straße		Entnahmeuhrzeit	
Ort		Probennehmer	
Tel. Nr.		Unterschrift	
Transport:	Kurierdienst (gekühlt)	Probennehmer	

### ENDOSKOPE

Standort des Gerätes :  Endoskopie  \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung: \_\_\_\_\_

Seriennummer : \_\_\_\_\_

Aufbereitungsverfahren: \_\_\_\_\_

Grund der Überprüfung **ROUTINE**

Nr.	Material	Ort der Probennahme	Mikrobiolog. Untersuchung
A	Abstrich	Distales Ende	<input type="checkbox"/> Keimnachweis
	Abstrich	Albarranhebel	<input type="checkbox"/> Keimnachweis
B	30 ml Spülflüssigkeit	Biopsiekanal	<input type="checkbox"/> Hemmstofftest <input type="checkbox"/> Keimzahl in 20 ml (Filtration)
C	30 ml Spülflüssigkeit	Absaugkanal	<input type="checkbox"/> Hemmstofftest <input type="checkbox"/> Keimzahl in 20 ml (Filtration)
D	30 ml Spülflüssigkeit	Luft- Wasserkanal	<input type="checkbox"/> Hemmstofftest <input type="checkbox"/> Keimzahl in 20 ml (Filtration)
E	30 ml Spülflüssigkeit	Jetkanal	<input type="checkbox"/> Hemmstofftest <input type="checkbox"/> Keimzahl in 20 ml (Filtration)
G	30 ml	Optikspülsystem	<input type="checkbox"/> Hemmstofftest <input type="checkbox"/> Keimzahl in 20 ml (Filtration)
H	mind. 2 x 250 ml	Schluss-Spülwasser (VE-Wasser) vom Aufbereitungsgerät	s. Auftrag Untersuchung VE-Wasser

Eingang im Labor Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Kennung: BS-161 Auftrag mikrobiol. Überprüfung Endoskope.docx	Freigabe/Unterschrift: PD Dr. F. Szabados	Revision 06	gültig ab: 10.08.2021	Seite 1 von 1
---	---	----------------	--------------------------	---------------