

Auftrag mikrobiologische Überprüfung Endoskope

Diese Seite bitte vollständig und lesbar ausfüllen

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

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	

Angaben zum Endoskop / der Aufbereitung:

Standort des Gerätes : Endoskopie _____

Gerätebezeichnung: _____ Seriennummer : _____

Aufbereitungsverfahren: manuell chemo-thermisch (RDG-E Nr.: _____)

Letzte Aufbereitung am: _____

Grund der Überprüfung **ROUTINE** / Kontrolle eines Vorbefundes LabNr.: AE- _____

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 RGD-E	s. Auftrag Untersuchung VE-Wasser

Eingang im Labor Datum	Verarbeitet / Hdz Datum / Hdz.
------------------------	-----------------------------------