

Desinfektions- und Reinigungsnachweis

Ihre Daten

Firma / Organisation / Name _____

Ansprechpartner:in _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Gerätebezeichnung _____

Hersteller _____

Seriennummer _____

Das Gerät wurde mit einem zugelassenen und RKI-gelisteten Desinfektionsmittel fachgerecht desinfiziert.

Hersteller Produktname / - _____

bezeichnung Konzentration der _____

Desinfektion Einwirkzeit _____

Minuten

Die Desinfektion wurde durchgeführt von (Angaben bitte in Druckbuchstaben)

Vorname _____

Nachname _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die ordnungsgemäße Durchführung der Desinfektion und Reinigung am oben genannten Gerät gemäß der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.

Anmerkungen

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Bitte legen Sie jedem eingesandten Gerät ein ausgefülltes und unterschriebenes Formular bei.

MediCARE Biomedizintechnik GmbH • Auf Bösselhagen 9 • 31515 Wunstorf • Telefon +49 (0) 5031 51707-10 •
info@medicare-mt.de
Stand: Juli 2024