

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.

medida GmbH & Co. KG • Carl-Benz-Str. 18 • 68649 Groß-Rohrheim • Telefon 0 62 45 . 29 72-0 • mail@medida.de
Stand: September 2023

medida⁺
Notfallausrüstung