


Formblatt	FOR A 33.3 0009 02 gültig ab 10.01.2022	 Rheinland-Pfalz LANDESUNTERSUCHUNGSAMT
Seite 1 von 1		
Untersuchungsauftrag Bioindikatoren		

Landesuntersuchungsamt - Institut für Hygiene und Infektionsschutz Trier Maximineracht 11b 54295 Trier Telefon: 0651/1446-0 (Zentrale) / -153 (Labor) / -158 (Material) Telefax: 0651/1446-105 E-Mail-Anschrift: Materialbestellung.IHISTR@lua.rlp.de Probenannahme: Montag bis Donnerstag 8:00 Uhr bis 15:00 Uhr, Freitag nach Vereinbarung	Eingangsdatum
	Etikett/Barcode LUA

Einsender	Ggf. Duplikatbefund an	Abweichende Rechnungsanschrift

Geräteart bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

<input type="checkbox"/> Dampfsterilisator (bds)	<input type="checkbox"/> Waschmaschine (Wirkungsbereich A) (bwä)
<input type="checkbox"/> Heißluftsterilisator (bhs)	<input type="checkbox"/> Waschmaschine (Wirkungsbereich AB) (bwäb)
<input type="checkbox"/> RDG für Instrumente (Schrauben) (bsr)	<input type="checkbox"/> Fangoaufbereitungsgerät (bfa)
<input type="checkbox"/> RDG für Anästhesiematerialien (Schläuche) (bsl)	<input type="checkbox"/> Laborspülmaschine (bglas)
<input type="checkbox"/> RDG im Kombiprogramm (Schrauben/Schläuche) (bsrsl)	<input type="checkbox"/> RDG für Bettgestelle / Nachttische / Container (bstbe)
<input type="checkbox"/> RDG für Steckbecken (bstst)	<input type="checkbox"/> Dampfdesinfektionsgerät (75°C, WB A) / Vaporisator (bdd)
<input type="checkbox"/> Geschirrspülmaschine (bstge)	<input type="checkbox"/> Dampfdesinfektionsgerät (105°C, WB A/B/C) (bddb)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Einsendung bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Standort

<input type="checkbox"/> Zentralsterilisation	<input type="checkbox"/> phys. Therapie	<input type="checkbox"/> Küche	<input type="checkbox"/> Praxis
<input type="checkbox"/> Endoskopie	<input type="checkbox"/> Wäscherei	<input type="checkbox"/> Station	<input type="checkbox"/>

Programm

<input type="checkbox"/> Instrumente	<input type="checkbox"/> gem. Güter	<input type="checkbox"/> Geschirr	<input type="checkbox"/> Praxis
<input type="checkbox"/> Anästhesiematerial	<input type="checkbox"/> Endoskope	<input type="checkbox"/> Wäsche	<input type="checkbox"/>

Sterilisationstemperatur/-zeit

<input type="checkbox"/> 121°C	<input type="checkbox"/> 134°C	<input type="checkbox"/> 180°C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> Min.
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Desinfektionstemperatur/-zeit

<input type="checkbox"/> 40°C	<input type="checkbox"/> 60°C	<input type="checkbox"/> 90°C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> Min.
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Anzahl der eingesetzten Bioindikatoren: Anzahl

Auszufüllen vom Labor: TK TK1 TKGM

Datum, Name (Druckbuchstaben falls nicht elektronisch ausgefüllt) Name	Unterschrift