

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
------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Gerätebezeichnung: <input type="checkbox"/> Dampfsterilisator (bds) <input type="checkbox"/> Heißluftsterilisator (bhs) <input type="checkbox"/> RDG für Instrumente (Schrauben) (bsr) <input type="checkbox"/> RDG für Anästhesiematerialien (Schläuche) (bsl) <input type="checkbox"/> RDG im Kombiprogramm (Schrauben/Schläuche) (bsrsl) <input type="checkbox"/> RDG für Steckbecken (bstst) <input type="checkbox"/> Geschirrspülmaschine (bstge) <input type="checkbox"/> gewerbliche Geschirrspülmaschine (DIN 10510/10512) (bihy)	Geräteart bitte ankreuzen bzw. ausfüllen <input type="checkbox"/> Waschmaschine (Wirkungsbereich A) (bwä) <input type="checkbox"/> Waschmaschine (Wirkungsbereich AB) (bwäb) <input type="checkbox"/> Fangoaufbereitungsgerät (bfa) <input type="checkbox"/> Laborspülmaschine (bglas) <input type="checkbox"/> RDG für Bettgestelle / Nachttische / Container (bstbe) <input type="checkbox"/> Dampfdesinfektionsgerät (75°C, WB A) / Vaporisator (bdd) <input type="checkbox"/> Dampfdesinfektionsgerät (105°C, WB A/B/C) (bddb) <input type="checkbox"/>
--	--

Angaben zur Einsendung bitte ankreuzen bzw. ausfüllen			
<u>Standort</u>			
<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"/>
<u>Programm</u>			
<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"/>
<u>Sterilisationstemperatur/-zeit</u>			
<input type="checkbox"/> 121°C	<input type="checkbox"/> 134°C	<input type="checkbox"/> 180°C	<input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> Min.
<u>Desinfektionstemperatur/-zeit</u>			
<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:			
Auszufüllen vom Labor: <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> TK1 <input type="checkbox"/> TKGM			

Probenahme: Datum, Name (Druckbuchstaben falls nicht elektronisch ausgefüllt)	Unterschrift
--	---------------------