

# DESINFEKTIONS- & REINIGUNGSNACHWEIS



Bitte füllen Sie das Formular für jedes eingesandte Gerät aus und legen es der Sendung bei!

## Ihre Daten

Firmenname / Name / Organisation

Ansprechpartner/in

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Straße/Hausnr.

PLZ, Ort

Gerätebezeichnung

Hersteller

Seriennummer

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

Hersteller

Produktname / Produktbezeichnung

Konzentration der Desinfektionslösung

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.

Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift