

Reinigungs- und Desinfektionsnachweis

Der Artikel _____

(Serien/Chargen-Nr. _____)

inkl. Zubehör wurde am _____ um _____ Uhr außer Dienst genommen.

Bedarfsgerecht ist eine komplette trockene oder feuchte Reinigung erfolgt.

- Der Artikel/das System war definitiv **nicht** im Kontakt mit einem Patienten
- Der Artikel/das System war definitiv **nicht** in Behandlungsräumen, in denen Patienten behandelt /gelagert werden
- Der Artikel/das System wurde im Rahmen einer Routinedesinfektion zur Vorbeugung einer Infektionsübertragung mit einem zugelassenen und RKI oder VAH gelisteten Desinfektionsmittel fachgerecht desinfiziert.

Hersteller, Produktname/-bezeichnung des Desinfektionsmittels:

Konzentration der Desinfektionslösung: _____%

Einwirkzeit: _____ Minuten

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Unterschrift

Name in Druckschrift: _____

Stempel:

Bearbeitungsvermerke von Mefina Medical:

Ticket-Nr.: _____

Auftrags-Nr.: _____

Ablage unter: 5.3.2 bzw. 5.4.