

Begleitschein

Untersuchung von Dialyseflüssigkeiten



Labor Schenk/Ansorge
 Schwiesaustraße 11, 39124 Magdeburg
 Tel.: 0391 244680 – Fax: 0391 24468110
 hygiene@schenk-ansorge.de

Einsender (ggf. Stempel)

Probenahme Datum/Zeit:

Probenehmer:

- Grund der Probenahme**
- Routinekontrolle
 - Inbetriebnahme nach Neuerrichtung/Umbau/Reparatur oder Kontamination
 - Nachuntersuchung

- Untersuchungsauftrag**
- Gesamtkeimzahl (bei Inbetriebnahme inkl. Nachweis *P. aeruginosa*)
 - Endotoxinbestimmung

Kommentar

.....

Nr.	Probenahmestelle	Probenart
1		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
2		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
3		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
4		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
5		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
6		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
7		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
8		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
9		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit
10		<input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit

QM/PL-FB-242-03

Bemerkungen Das Probenvolumen muss mindestens 150 ml betragen.
 Proben für Endotoxinbestimmung nur in endotoxinfreie Gefäße füllen.
 Probenannahme für Endotoxinbestimmung von Montag bis Donnerstag 13 Uhr.
 Begleitschein bitte vollständig ausfüllen.