

Artikelbezeichnung: _____

Artikelnummer: _____

Lotnummer: _____

Ich bestätige hiermit, dass (bitte zutreffendes ankreuzen):

- das anbei liegende Medizinprodukt nicht benutzt wurde, nicht in Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten gekommen ist und somit hygienisch unbedenklich ist.
- das anbei liegende Medizinprodukt nicht mit Creutzfeld-Jakob Risiko-Patienten/Sekreten etc. in Berührung gekommen ist.
- das anbei liegende Medizinprodukt während der Anwendung mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist. Das Produkt wurde folgendermaßen dekontaminiert:

- Reinigung / Desinfektion manuell maschinell

Manuelle Dekontamination nur, wenn das Medizinprodukt nicht im Reinigungs- und Desinfektionsgerät aufbereitet werden kann

Bei manueller Dekontamination müssen Angaben über Desinfektionsmittel und Einwirkzeit gemacht werden. Diese Angaben bitte im Feld ‚anderes Verfahren‘ angeben.

- Dampfsterilisation °C min.

sterilisiert bei 134-137°C (5 min. (3 min.) bei 134°C-137°C gemäß DIN EN ISO 17665)

sterilisiert bei 121-124°C (20 min. (15 min.) bei 121°C-124°C gemäß DIN EN ISO 17665)

- Anderes Verfahren (bitte angeben)

- das anbei liegende Medizinprodukt konnte NICHT dekontaminiert werden.

Begründung:

Name: _____

Abteilung: _____

Telefon: _____

Klinik/Firma: _____

Datum / Unterschrift / Stempel

Dokumentenpfad, Nummer und Name	erstellt/geändert	2020-06-09	freigegeben/geprüft	2020-06-09	Seite / Seiten		
I:\Formulare\08030006_Dekontaminationsnachweis.docx					1	/	1