

Untersuchungsauftrag Hygiene

Nummer: FO-09811

Einsender:	
Adresse:	
Station/Ort:	Abnahmedatum:
Name Probennehmer Blockschrift:	
Unterschrift Probennehmer:	

Nummer	Material	Bemerkung
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Abklatschplatte	<input type="checkbox"/> Hygieneabstrich <input type="checkbox"/> _____

- Prüfung auf Sterilität
- keine Differenzierung gewünscht
- Untersuchung nach GMP
- Umgebungsuntersuchung
- _____

Im Labor einzutragen	
Eingangsdatum	
Eingangsuhrzeit	