

# Umfassende Kontrolle. Klare Ergebnisse.

## Sterilisationsdokument

Krankenhaus \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Sterilisationsabteilung \_\_\_\_\_

## Sterilisator

Nr./Bezeichnung

Zeitraum

von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

Chargen

von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_





## Chargenkontrolle

Eingesetzter Test \_\_\_\_\_

Lot-Nr. \_\_\_\_\_

Chargen-Nr.	Programm	Test		Schreiber/Anzeigen		Freigabe durch (Unterschrift)
		ok	nicht ok	ok	nicht ok	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Biologischer Test

Eingesetzter Test \_\_\_\_\_

Lot-Nr. \_\_\_\_\_

Ifd. Chargen-Nr. \_\_\_\_\_

**Test**  **bestanden**  **nicht bestanden**

**Kontroll-Indikator**  **Wachstum**  **kein Wachstum**

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bei „nicht bestanden“ eingeleitete Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Letzte Überprüfung mit Bio-Indikatoren am \_\_\_\_\_ Charge \_\_\_\_\_

## Wartungsarbeiten

durch \_\_\_\_\_ Firma/Abteilung \_\_\_\_\_

durchgeführte Arbeiten: \_\_\_\_\_

Sterilisator freigegeben  **Ja**  **Nein** Unterschrift \_\_\_\_\_





**3M Medica**  
**Zweigniederlassung der**  
**3M Deutschland GmbH**  
Hammfelddamm 11  
41453 Neuss  
Tel. +49 (0) 21 31 - 14-0  
Fax +49 (0) 21 31 - 14 44 32  
3MMedica.de@mmm.com  
www.3MMedica.de

**3M (Schweiz) GmbH**  
**Health Care**  
Eggstrasse 93  
8803 Rüslikon  
Tel. +41 44 724 92 31  
Fax +41 44 724 92 38  
Medical.ch@mmm.com  
www.3M.com/ch/healthcare

**3M Österreich GmbH**  
**Health Care**  
Kranichberggasse 4  
1120 Wien  
Tel. +43 1 86 686 464  
Fax +43 1 86 686 330  
Medizin-at@mmm.com  
www.3M-Medizin.at

© 3M 2017. Alle Rechte vorbehalten.  
Gedruckt in Österreich. Bitte nach  
dem Gebrauch recyceln.