

DEKONTAMINATIONS-ZERTIFIKAT

Hygiene-Unbedenklichkeitsbescheinigung



Bitte fügen Sie dieses Zertifikat
JEDER RÜCKSENDUNG
 von Leihinstrumenten oder Leihtrays bei!

1. KUNDENINFORMATIONEN

Kunden-Kontaktdaten		Rücksendenummer <small>(wird durch ARGON ausgefüllt)</small>	
Praxis			
Name, Vorname		Kundennummer	
Ansprechpartner			
Anschrift		Kontakt-Aufnahme	
PLZ/Ort		Telefon	
Straße		Mail	

2. ARTIKEL

<input type="checkbox"/> Leihinstrumente	<input type="checkbox"/> Leihtray
Artikelbezeichnung	Grund der Rücksendung

Ich bestätige hiermit, dass:

(bitte das/die entsprechende/n Kästchen ankreuzen)

- das anbei liegende Medizinprodukt nicht mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist und somit hygienisch unbedenklich ist. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift (s.u.)
- das anbei liegende Medizinprodukt bei der Anwendung mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist. Das Produkt wurde gründlich gereinigt und folgendermaßen dekontaminiert:
(die einzelnen unten genannten Punkte bitte mit Initialen bestätigen)
- Benutzte Instrumente direkt nach der OP in ein Desinfektionsbad ein-gelegt (z.B. Desinfektionsbad von Komet: DC1)
 - Alle Instrumente und Bohrer aus dem OP-Tray zum Reinigen ent-nommen
 - Gründliche Reinigung des OP-Trays mit einem feuchten weichen Tuch
 - Zusammengesetzte Instrumente zum Reinigen zerlegt
 - Reinigung mit einer weichen Bürste unter fließendem Wasser
 - Desinfektion in einem Desinfektionsbad (z.B. Desinfektionsbad von Komet:DC1)
 - Dreimaliges Spülen der Instrumente mit destilliertem Wasser
 - Gründliches Trocknen mit Fussel freien Einmaltüchern. Bohrungen mit ölfreier Druckluft getrocknet
 - Kontrolle auf Beschädigung und Korrosion
 - OP-Tray in Sterilisationsfolie eingeschweißt,
 - Dampfsterilisation (min. 3 Minuten bei 134°C, bzw. 15 Minuten bei 121°C)**
 - Ein anderes Verfahren (bitte angeben): _____

- das anbei liegende Medizinprodukt **nicht** dekontaminiert werden konnte.

Begründung: _____

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

