

**Hygienisch-mikrobiologische Überprüfung der Aufbereitung flexibler Endoskope**

# **Auftrags- und Erfassungsbogen zur hygienisch-mikrobiologischen Überprüfung der Aufbereitung flexibler Endoskope**

(Hinweise zur Probenahme bzw.  
Testdurchführung siehe Anlage 2)

**Wird vom Labor ausgefüllt**

Probeneingang:  
(Datum/Uhrzeit)

Prüfbeginn:  
(Datum/Uhrzeit)

Labor-Nummer:

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Einrichtung/Auftraggeber:</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Probenahme am:</b><br>Datum/Uhrzeit         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Standort der Probenahme:</b><br>(Abteilung) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Gerätetyp und Seriennummer:</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Aufbereitungsart:</b>                       | <input type="checkbox"/> maschinelle Aufbereitung<br><input type="checkbox"/> manuelle Aufbereitung                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Art der Prüfung:</b>                        | <input type="checkbox"/> periodische Prüfung<br><input type="checkbox"/> außerordentliche Prüfung wegen _____<br><br>- Nach Sonderanforderung, Bei Verdacht auf<br>nosokomiale Infektion-<br><input type="checkbox"/> Nachweis von Legionellen<br><input type="checkbox"/> Nachweis von Mykobakterien |
| <b>Probenehmer:</b> Name, Funktion, Tel.       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Ansprechpartner:</b> Name, Funktion, Tel.   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Hygienisch-mikrobiologische Überprüfung der Aufbereitung flexibler Endoskope**

| Proben<br>-Nr. | Bezeichnung der Probe (z.B. Durchspülprobe,<br>Abstrich) und Entnahmeort (z.B. Luft-Wasser<br>Kanal, distales Ende) | Temperatur der<br>Wasserprobe |           |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------|
|                |                                                                                                                     | Entnahme*                     | Eingang** |
| 1              |                                                                                                                     |                               |           |
| 2              |                                                                                                                     |                               |           |
| 3              |                                                                                                                     |                               |           |
| 4              |                                                                                                                     |                               |           |
| 5              |                                                                                                                     |                               |           |
| 6              |                                                                                                                     |                               |           |
| 7              |                                                                                                                     |                               |           |
| 8              |                                                                                                                     |                               |           |
| 9              |                                                                                                                     |                               |           |
| 10             |                                                                                                                     |                               |           |
| 11             |                                                                                                                     |                               |           |
| 12             |                                                                                                                     |                               |           |
| 13             |                                                                                                                     |                               |           |
| 14             |                                                                                                                     |                               |           |
| 15             |                                                                                                                     |                               |           |
| 16             |                                                                                                                     |                               |           |
| 17             |                                                                                                                     |                               |           |
| 18             |                                                                                                                     |                               |           |
| 19             |                                                                                                                     |                               |           |
| 20             |                                                                                                                     |                               |           |

\* - wird vom Probenehmer gemessen

\*\* - wird vom Laborpersonal gemessen

**Auftrag erteilt durch:**

Datum und Unterschrift:

Stempel: