

**Service-Auftrag / Eingang von Geräten
zur STK, MTK, Wartung bzw. Reparatur**

Auftraggeber:

Rechnungsempfänger:

Gerät 1:

Gerät 2:

Gerät 3:

Gerätetyp:

Serien-Nr.:

mitgeliefertes

Zubehör:

Fehler-
beschreibung:

Gerätebuch:

Ja

zu Gerät: _____

Nein

Leihgerät:

Ja

Nein

Gerätetyp / Serien-Nr.: _____

Zubehör: _____

Hiermit versichern wir, dass oben genannte Geräte desinfiziert sind.

Ja
Nein

Datum: _____

Medi-King / Auftragnehmer

Kunde / Auftraggeber

weitere Vorgehensweise:

STK / MTK / Wartung / Reparatur:

Werkstatt MC

Hersteller



Desinfektionsnachweis Reparatur / Wartung

MEDI-KING

Medical Trading GmbH

Rudolf-Diesel-Straße 30 / D-28876 Oyten

Datum:

Firma:

Kunden-Nr.:

Straße:

Telefon:

PLZ:

Telefax:

Ort:

E-Mail:

Medizinprodukt	Serien-Nummer	Wisch-/Tauch-Desinfektion	Desinfektionslösung Konzentration Haltezeit		Name	
			%	Min.		
			%	Min.		
			%	Min.		

Das Gerät wurde zur Ausführung der Reparatur-/Wartungsarbeiten gemäß den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten desinfiziert.

Medizinproduktebeauftragter

Hygienebeauftragter