

**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		Name
			Konzentration	Haltezeit	
			%	Min.	
			%	Min.	
			%	Min.	
			%	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