

# Desinfektions- und Reinigungsnachweis

## Ihre Daten

Firma / Organisation / Name \_\_\_\_\_

Ansprechpartner:in \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung \_\_\_\_\_

Hersteller \_\_\_\_\_

Seriennummer \_\_\_\_\_

Das Gerät wurde mit einem zugelassenen Desinfektionsmittel fachgerecht desinfiziert.

Hersteller \_\_\_\_\_

Produktname / -bezeichnung \_\_\_\_\_

Konzentration der Desinfektion \_\_\_\_\_

Einwirkzeit \_\_\_\_\_ Minuten

Die Desinfektion wurde durchgeführt von (Angaben bitte in Druckbuchstaben)

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die ordnungsgemäße Durchführung der Desinfektion und Reinigung am oben genannten Gerät gemäß der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.

Anmerkungen

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie jedem eingesandten Gerät ein ausgefülltes und unterschriebenes Formular bei.

medida GmbH & Co. KG • Carl-Benz-Str. 18 • 68649 Groß-Rohrheim • Telefon 0 62 45 . 29 72-0 • mail@medida.de  
Stand: September 2024

**medida**<sup>+</sup>  
Notfallausrüstung