Labornummer: **HY** _____ Probeneingang: _____

Abnahmeort Krankenhaus / Klinikum: _____
Bau/Bereich: _____

Angaben zur Probennahme: Datum der Probennahme: _____ Uhrzeit: _____
Probennehmer: Frau/Herr _____

Anlass der Untersuchung

□ Routineprüfung während des Herstellungsprozesses im Reinraum nach DIN 17141:2021

□ Untersuchung nach: □ DIN 1946-4:1999 (zurückgezogen)
□ DIN 1946:2008 (zurückgezogen)
□ DIN 1946:2018

□ Untersuchung im Rahmen von krankenhaushygienischen Untersuchungen oder Umgebungsuntersuchungen entsprechend Arbeitsanweisung HY-AM-112

□ Untersuchungen in der AEMP entsprechend Arbeitsanweisung HY-AM-112

□ Raumluftuntersuchuchungen, mit vom Einsender spezifischen Vorgaben Arbeitsanweisung HY-AM-112

Bebrütungstemperatur: _____ Bebrütungszeit: _____ Nährmedium: _____
oder □ Angaben siehe Begleitschein Einsender

Sonstige Anforderung: Untersuchung auf: _____
□ ohne verlängerte Bebrütung auf Schimmelpilze

Verwendete Nährmedien:
□ CASO-Agar Charge: _____
□ Luftkeimstreifen Charge: _____
□ Columbia-Blutagar Charge: _____
□ andere _____ Charge: _____

Verfahren:

□ Sedimentation: Expositionszeit (h) _____

□ Luftkeimmessung mittels Impaktionsverfahren
Luftkeimzahlmessgerät: _____ Laufzeit: _____ Luftdurchsatz (L) _____

Proben Nr.:	LK / SD	Entnahmeort			
		Station/Bereich	Etage	Raum-Nr.	Raumbezeichnung