# Begleitschein

Version: 2
Gültig ab: 01.08.2025

iki GmbH, Siemensstraße 18, 35394 Gießen, Tel.: 0641 / 97905-0, Fax: 641 / 97905-34, info@ iki-giessen.de

## Überprüfung der Keimbelastung von Händedesinfektionsmitteln und Seifen aus Dosiergeräten

☐ Routinemäßige Untersuchung
☐ Sonderuntersuchung
☐ Nachkontrolle

Auftraggeber: _____ Tel./Email: _____

Prüfort (Abteilung): _____

Prüfung durchgeführt am: _____ durch: _____

| **Labordaten:** | Eingangsdatum/Zeit: Mitarbeiter: | Ansatzdatum/Zeit: Mitarbeiter: | Ausgangsdatum/Zeit: Mitarbeiter: | **Labornummer/Auftrag:** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Nr. | Entnahmeort | Präparat (**D**esinfektionsmittel oder **S**eife) | Einwaage g | Rückwaage g | Differenz g (Originallösung) | KbE/ Filter | KbE/ g Originallösung GW ≤ 2 KbE/g | KbE/Filter Arten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 2 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 3 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 4 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 5 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 6 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 7 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 8 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 9 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 10 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |

# Begleitschein

Version: 2
Gültig ab: 01.08.2025

iki GmbH, Siemensstraße 18, 35394 Gießen, Tel.: 0641 / 97905-0, Fax: 641 / 97905-34, info@ iki-giessen.de

| Nr. | Entnahmeort | Präparat (**D**esinfektionsmittel oder **S**eife) | Einwaage g | Rückwaage g | Differenz g (Originallösung) | KbE/ Filter | KbE/ g Originallösung GW ≤ 2 KbE/g | KbE/Filter Arten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K1 | Positivkontrolle zu Nr. 1 - 10 | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 11 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 12 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 13 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 14 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 15 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 16 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 17 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 18 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 19 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| 20 | | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| K2 | Positivkontrolle zu Nr. 11 - 20 | ☐ D ☐ S | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Ko | Negativkontrolle | --- | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |