

Sterilisationskontrollbuch						
Gerätetyp _____		Gerätenummer _____			Seite _____	
Chargen-Nr. Datum	Programm Beladung		Sterilisation erfolgreich*	Prozessindikator in Ordnung	Behandlungs- indikator(en) in Ordnung	Freigabe Unterschrift
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				
Chargen-Nr.	Programm-Nr.	<input type="checkbox"/> Semikritisch A	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ Unterschrift
Datum:	Beladungsmuster	<input type="checkbox"/> Semikritisch B <input type="checkbox"/> Kritisch A (verpackt) <input type="checkbox"/> Kritisch B (verpackt)				

* beinhaltet die Meldung des Sterilisators, die visuelle Kontrolle des Sterilgutes sowie die Überprüfung der Prozessparameter

Regierung von Schwaben, Gewerbeaufsichtsamt Stand: März 2012

Dieses Formular erhalten Sie in elektronischer Form unter www.regierung.schwaben.bayern.de in der Rubrik Gewerbeaufsichtsamt/ Informationen-Formulare/Medizinprodukte-Hygienische Aufbereitung.