

Anlage 18

Sterilisationskontrollblatt

Gerätehersteller und -modell: _____

Geräte-Nummer: _____ Gerätetyp: _____

Datum/ Charge	Beladung	Programm	Chargenkontrolle (Indikatorumschlag)	Funktionskontrolle (Indikator ohne/mit PCD)	Beurteilung Trockenheit/ Unversehrtheit der Verpackung	Freigabe *
	<input type="checkbox"/> semikritisch <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Unterschrift
	<input type="checkbox"/> semikritisch <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Unterschrift
	<input type="checkbox"/> semikritisch <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Unterschrift
	<input type="checkbox"/> semikritisch <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Unterschrift
	<input type="checkbox"/> semikritisch <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Unterschrift
	<input type="checkbox"/> semikritisch <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Unterschrift

- * **Hinweis zur Freigabe:** Durch Unterschrift bestätigt der/die Verantwortliche/r
- die Überwachung des erfolgreichen Prozessablaufes,
 - die Sichtkontrolle des Steril-/ Desinfektionsgutes und/oder Verpackung ohne Beanstandung,
 - die erfolgte Kennzeichnung der Verpackung (Datum, ggf. Uhrzeit),
 - die Freigabe des Steril-/Desinfektionsgutes.