# Erläuterung zum Hygienestatus

# und zur Dekontamination der Retoure

|  |  |
| --- | --- |
| Name Klinik / Praxis |  |
| Straße und Hausnummer |  |
| PLZ und Ort |  |
| Artikelbezeichnung | AnyHand |
| Artikel-Nr. / REF |  |
| Seriennummer |  |

**Ich bestätige hiermit, dass das beigefügte Produkt die folgenden Kriterien erfüllt**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Art der Kontamination:**

[ ]  Normaler Alltag: Schweiß, Schuppen etc.

[ ]  Blut, Sekret etc.

[ ]  Spezielle Keime, und zwar:

[ ]  Weitere, und zwar:

**Durchführung der folgenden Risikoreduktionsmaßnahmen ist erfolgt:**

 [ ]  Desinfizierung nach Vorgaben des Herstellers

**Bitte beschreiben Sie hier Fehler oder Funktionsstörungen der AnyHand, falls zutreffend:**

|  |
| --- |
|  |
| Name des Unterzeichnenden (Druckschrift)  |  |
| Telefon |  | E-Mail  |  |
| Ort, Datum  |  | Unterschrift  |  |