

Dekontaminierungs- und Reparaturformular

Ihre Kundennummer: _____ **Ihre Auftragsnummer** (falls vorhanden): _____

Lieferadresse: _____ **Rechnungsadresse:** gleich wie Lieferadresse

Pos.	Menge	Artikelnummer	Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Reparaturersatz: Ja Nein Reparatur/Service: Ja Nein

Grund für die
Rücksendung:

Dekontaminierungsbestätigung (zutreffende Felder bitte ankreuzen):

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die Medizinprodukte **NICHT** mit Blut, Gewebe, Körpersubstanzen und anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen und hygienisch unbedenklich sind.

Die vorliegenden Medizinprodukte kamen während der Anwendung mit Blut, Gewebe, Körpersubstanzen und anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt. Es wird bestätigt, dass die vorliegenden Medizinprodukte

einer Reinigung und Desinfektion maschinell/manuell

einer Dampfsterilisation bei 134 °C

einem anderen Verfahren: _____

unterzogen wurden.

Die vorliegenden Medizinprodukte wurden **NICHT** dekontaminiert.

Begründung (zwingend erforderlich!): _____

Hinweis: Bei Nichterhalt des Dekontaminationsnachweises bzw. einer vergleichbaren Bescheinigung, behalten wir uns das Recht vor, die Ware kostenpflichtig zurückzusenden.

Ort, Datum

Name

Unterschrift