

Kapitel-Nr. Hygieneplan	Dienstanweisung Rettungsdienst Feuerwehr Siegen	Holger Weber 22.07.1999
----------------------------	--	----------------------------

ANLAGE 8 Desinfektionsbericht
Desinfektions - Prophylaxe - wöchentlich/ vierwöchentlich

Vom Durchführenden in Druckbuchstaben ausfüllen !!

KTW: _____ lfd.-Nr.: _____

RTW : _____ Datum: _____

NEF: _____

Desinfektions - Prophylaxe - wöchentlich: _____

Durchgeführte Maßnahmen:

Substanz / Konzentration: _____

Beginn der Einwirkzeit nach der Desinfektion:

von _____ Uhr bis _____ Uhr _____ Stunden

Flächendesinfektion (Scheuerdesinfektion) _____

Raumdesinfektion (Vernebelung) _____ / _____
Datum Uhrzeit

Wäschedesinfektion (Infektionswäsche)
(Entsorgung) _____

An der Desinfektion beteiligtes Personal / Name:

FAHRZEUG EINSATZKLAR: _____ / _____
Datum Uhrzeit

Besondere Vorkommnisse / Bemerkungen:

RS / RA - Name : _____ / _____
Datum Uhrzeit

Zur Kenntnisnahme, Wachabteilungsleiter: _____
Unterschrift