

Dekontaminierungs- und Reparaturformular

Ihre Kundennummer: _____ Ihre Auftragsnummer (wenn vorhanden): _____

Lieferadresse: _____ Rechnungsadresse: _____

Pos.	Menge	Artikelnummer	Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Reparaturersatz 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