

Dekontaminationsbescheinigung

Vor-/Nachname: _____
 Firma / Abteilung: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____
 Email: _____

Geräteliste

| | | |
|-------|------------|------------------|
| Gerät | Typ: _____ | Serien-Nr: _____ |
| Gerät | Typ: _____ | Serien-Nr: _____ |
| Gerät | Typ: _____ | Serien-Nr: _____ |
| Gerät | Typ: _____ | Serien-Nr: _____ |
| Gerät | Typ: _____ | Serien-Nr: _____ |

Die Pipette hatte Kontakt mit folgenden Stoffen:

- Ja Nein Radioaktives Material Stahlung α β γ
- Ja Nein Gesundheitsgefährdende wässrige Lösung, Puffer, Säuren, Alkalien
- Ja Nein Potenziell infektiöses Material
- Ja Nein Organische Reagenzien und Lösungsmittel
- Ja Nein Gesundheitsgefährdende Proteine / DNA
- Ja Nein Sind die Stoffe in das Gerät / Pipette gelangt
- Ja Nein Ich bestätige daß das oben spezifizierte Gerät / Geräteliste keinen Kontakt mit den aufgeführten Stoffen hatte.
- Ja Nein Ich bestätige daß das oben spezifizierte Gerät / Baugruppe ordnungsgemäß gereinigt / dekontaminiert wurde

Unterschrift der autorisierten Person: _____

Firma / Abteilung: _____ Ort / Datum: _____