

# 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   $\alpha$    $\beta$    $\gamma$
- 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: \_\_\_\_\_