Routinekontrollen Autoklav

Praxisstempel

Jahr_____Monat_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Abwassertank sauber (wenn möglich)																
Frischwassertank sauber (wenn möglich)																
Beladungsträgerecken i.O.																
Beladungträger rostfrei																
Sterilisierkammer gereinigt																
Türdichtung i.O.																
Sichtkontrolle innen und außen i.O.																
Ist der Türverschluss noch geölt? (wenn vorhanden / alle 2 Monate)																
Unterschrift Mitarbeiter (kürzel)																
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Abwassertank sauber (wenn möglich)																
Frischwassertank sauber (wenn möglich)																
Beladungsträgerecken i.O.																
Beladungträger rostfrei																
Sterilisierkammer gereinigt																
Türdichtung i.O.																
Sichtkontrolle innen und außen i.O.																
Ist der Türverschluss noch geölt? (wenn vorhanden / alle 2 Monate)																
Unterschrift Mitarbeiter (kürzel)																