# Dokumentationsblatt Sterilisation

### Firmenname und Typenbezeichnung des Sterilisators:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Sterilisationsverfahren:**

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum/ Nr. | Sterilisations chargennum-  mer | Beginn | Ende | Unterschrift | Dokumentation der Wirksamkeit  des Sterilisations-  prozesses |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Kontrollen entsprechend den Herstellervorschriften sind einzuhalten.**
2. **Die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes sind zu beachten:**
3. Jährliche Überprüfung entsprechend der Medizinprodukteverordnung
4. Gerätedatei und Bestandsverzeichnis
5. Sonstige Aufzeichnungen lt. MPG
6. Datum der letzten Überprüfung des Sterilisationsgerätes
7. Datum der nächsten Überprüfung des Sterilisationsgerätes