

Auftragsformular

Prüfung von OP-Textilien

Bitte das
Formular zuerst
herunterladen &
lokal speichern.

Vorangegangene Angebots-Nr. : **Nur für Laborzwecke:** Bericht Nr.: Fälligkeitsdatum:

Auftraggeber:	
Firmenname:	
Straße, Nr.:	
PLZ:	Ort:
Land:	
UST-ID-Nr.:	Handelsregister:
Ansprechpartner: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Vorname:
Position:	Nachname:
Tel:	E-Mail:

Rechnungsempfänger: <small>(nur auszufüllen, wenn Daten von Auftraggeber abweichen)</small>
Adresse:

Informationen zum Prüfmuster: <small>(Angaben für den Prüfbericht)</small>	
Name/Bezeichnung:	
Handelsname:	Artikel-Nr.
Zusammensetzung:	
Farbe/Beschaffenheit:	
Chargen-/Seriennummer/LOT:	
UDI <small>(falls zutreffend)</small> :	
Hersteller:	
Herstellungsdatum:	
Ablaufdatum: <small>(falls zutreffend)</small>	
Art des Produkts/Zweckbestimmung in der Endanwendung:	
Anzahl eingesendeter Produkte:	
Sonstige Angaben: <small>(z.B. Informationen zu einer erfolgten Vorbehandlung, Hinweise zu Lager- und Handhabungsbedingungen, Warmhinweise)</small>	

Informationen zur Probenvorbereitung: (falls zutreffend)

<input type="checkbox"/> Produkt/Prüfmuster ist steril	
<input type="checkbox"/> Sterilisation/Dekontamination durch das Prüflabor ist gewünscht:	
<input type="checkbox"/> Vorbehandlung Autoklavieren	<input type="checkbox"/> Vorbehandlung UV-Bestrahlung
<input type="checkbox"/> Pflegebehandlung durch das Prüflabor ist gewünscht:	
Washverfahren:	Anzahl Zyklen:
Trocknungsverfahren: <input type="checkbox"/> Leinentrocknung <input type="checkbox"/> Tumbler <input type="checkbox"/> Finisher	
<input type="checkbox"/> Soll nach jedem Waschvorgang eine Trocknung durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Trocknung nur einmal nach dem letzten Waschvorgang)	
Sonstiges:	

Prüfmaterial:

Weist das Prüfmuster unterschiedliche Materialien für kritische und weniger kritische Bereiche auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welches Material soll getestet werden?	<input type="checkbox"/> Kritischer Bereich <input type="checkbox"/> Weniger kritischer Bereich <input type="checkbox"/> Beide (kritischer und weniger kritischer Bereich)

Prüfparameter:

Bestelloption 1:	
<input type="checkbox"/> Alle Prüfungen für OP-Textilien nach DIN EN 13795-1	<input type="checkbox"/> Alle Prüfungen für Rein-Luft-Kleidung nach DIN EN 13795-2
Bestelloption 2:	
<input type="checkbox"/> Beständigkeit gegen Keimdurchtritt (trocken); DIN EN ISO 22612	
<input type="checkbox"/> Beständigkeit gegen Keimdurchtritt (nass); DIN EN ISO 22610:2006	
<input type="checkbox"/> Partikelfreisetzung (Linting); DIN EN ISO 9073-10	
<input type="checkbox"/> Mikrobiologische Reinheit für Medizinprodukte (Bioburden); DIN EN ISO 11737-1	
<input type="checkbox"/> Widerstand gegen das Durchdringen von Wasser, Oberfläche bis 1000 mbar; DIN EN ISO 811	
<input type="checkbox"/> Höchstzugkraft und Höchstzugkraftdehnung mit der Streifenmethode; DIN EN 29073-3	
<input type="checkbox"/> Berstdruck und Berstwölbung; DIN EN ISO 13938-2	

Auftragsbearbeitung:

Rücksendung des restlichen Prüfgutes:	<input type="checkbox"/> Ja (kostenpflichtig) <input type="checkbox"/> Nein
Versand des Prüfberichts via: (andere Versandoptionen auf Anfrage)	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Zusätzlicher Berichtsempfänger: <input type="checkbox"/> Sonstige:

Kommentare:

--

Kontakt:

Administration:	E-Mail: customerservice@hohenstein.com Tel: +49 (0)7143-271 898	Technischer Support:	E-Mail: medical@hohenstein.com Tel: +49 (0)7143-271 440
-----------------	--	----------------------	--

Datum

Autorisierte Unterschrift, Name in Druckbuchstaben, Firmenstempel (falls vorhanden)