

Gebäude (Klinik): _____

Gebäudeteil (Station, Stockwerk): _____

Abteilung (Praxis): _____



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM** FREIBURG

Infektionsprävention und
Krankenhaushygiene
**Hygiene- und
Molekularlabor**

Breisacher Str. 115b
79106 Freiburg

Telefon: 0761 270-82840
oder 0761 270-82850
Telefax: 0761 270-82830

Hygiene- und Molekularlabor - Probenbefund Legionellen (Trinkwasser) -

Einsendung

Objekt (Kennzeichnung und Beschreibung)

Entnahmestelle: _____

Art der Entnahmestelle: _____

Angaben zum Wasser: _____

ggf. techn. Besonderheiten: _____

Entnahmestelle: _____

Art der Entnahmestelle: _____

Angaben zum Wasser: _____

ggf. techn. Besonderheiten: _____

Einsendematerial (genaue Angaben)

Trinkwasser _____ ml

ggf. Mengenangabe: _____ ml

Proben-Nr.: _____ Entnahme Temp.: _____ °C

Probenahme-Zweck: _____

Proben-Nr.: _____ Entnahme Temp.: _____ °C

Probenahme-Zweck: _____

Probennahme: Datum: _____ Uhrzeit: _____

Probeneingang: Datum: _____ Uhrzeit: _____

Gewünschte Untersuchung

Spezies-Suche: Legionella spp

sonstiges: _____

Datum _____ Unterschrift Einsender _____

Wird vom Hygiene- & Molekularlabor ausgefüllt!

Probe/n-Nr.: _____ Probenanlage: Datum: _____ Uhrzeit: _____

Angaben über Prüfverfahren

- Akkreditiertes Verfahren Nicht akkreditiertes Verfahren
- IUK_PV_HM_180- ISO 11731 DIN EN ISO 19458 Nach Anreicherung Nach Filtration
- IUK_PV_HM_181- UBA TrinkwV DIN ISO 5667-5 _____

Ergebnis und Beurteilung (Ergebnis bezieht sich nur auf die hier geprüfte/n Probe/n)

- Die Ergebnisse der Probe/n Nr. _____ wurden nur unter Berücksichtigung der Direktansätze (Ansatzvolumen 1 ml) bestimmt, da keine anderen auswertbaren Ansätze vorliegen.
- Die Ergebnisse der Probe/n Nr. _____ wurden nur unter Berücksichtigung des Filtrationsansatz bestimmt, da keine anderen auswertbaren Ansätze vorliegen.
- Die Probe/n Nr. _____ ist/sind wegen zu hoher Kontamination mit Begleitorganismen zu wiederholen.
- Kontamination der Probe/n Nr. _____ möglich

Anmerkungen/Besonderheiten

Datum _____ Unterschrift Untersucher _____ Datum _____ **Freigabe:** Unterschrift (Stellvertr.) Laborleitung u. Stempel _____