

Praxis	Siegelgerät/Modell: Sterilisationsfolie/Typ:
--------	---

Datum	Name (Personalnummer)	Seal-Check O.K.	Peeltest O.K.	Freigabe	Unterschrift
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	

