

Dokumentation Sterilisation



Praxis	Autoklav:
--------	-----------

Name (Personalnummer)	Zyklus- Nummer	Zyklus- Datum	Programm	Zyklus O.K.	Freigabe	Unterschrift	HELIX Indikator
				☐ 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		

