

# PAVEAS SERVICE

## Dekontaminationserklärung

PAVEAS Dental GmbH & Co. KG  
Bahnhofstraße 24 - 26  
56068 Koblenz  
T 0 261 963 75 0  
F 0 261 183 27  
E info@paveas-dental.de  
www.paveas-dental.de

**Registergericht**  
Amtsgericht Koblenz | HRA 910  
UST-ID DE148717655

**Gesellschafterin**  
Paulus GmbH | Stefan Paulus  
Amtsgericht Koblenz | HRB 1848

Ein Medizinprodukt durchläuft im Reklamations- bzw. Reparaturprozess einige Stationen und geht durch viele Hände. Ist das Produkt vorher mit Blut, Gewebe oder anderen Körpersubstanzen in Berührung gekommen, besteht ein nicht unerhebliches Gesundheitsrisiko für alle beteiligten Personen.

Füllen Sie deshalb bitte das nachfolgend Formular vollständig aus und bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die hygienische Unbedenklichkeit des eingesendeten Produktes. Ohne dieses Dokument bzw. eine Vergleichbare Bescheinigung behalten wir uns das Recht vor, die Ware kostenpflichtig zum Absender zurückzusenden.

Firma / Praxis / Labor

| Artikelnummer | Produktbezeichnung | Menge |
|---------------|--------------------|-------|
| _____         | _____              | _____ |

### Hiermit bestätige ich, dass...

(bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

...das anbei liegende Medizinprodukt NICHT mit Blut, Gewebe, Körpersubstanzen oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist und somit hygienisch unbedenklich ist. Dies wird durch meine Unterschrift (siehe unten) bestätigt.

...das anbei liegende Medizinprodukt während der Anwendung mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist. Das Produkt wurde den aktuell geltenden Anforderungen der Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten sowie den Herstellerangaben gereinigt, desinfiziert und sterilisiert. Dies wird durch meine Unterschrift (siehe unten) bestätigt. Folgende Verfahren wurden angewendet:

- Reinigung und Desinfektion gem. EN ISO 15883
- Dampfsterilisation gem. EN ISO 17665 (3 Min. bei 134 °C // 15 Min. bei 121 °C)
- Anderes Verfahren (bitte angeben):  
\_\_\_\_\_

...das anbei liegende Medizinprodukt NICHT dekontaminiert werden konnte. (Begründung zwingend erforderlich!)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift & Stempel

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben