

Eingang(LZÄKB):

Ausgang(LZÄKB):



Landes Zahnärztekammer  
Brandenburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## Landes Zahnärztekammer Brandenburg

Referat Praxisführung

z. Hd. Frau Burri

Parzellenstraße 94

03046 Cottbus

## Auftragsformular zur Siegelnahtzugfestigkeitsprüfung

Jährliche Leistungsbeurteilung (PQ) zur Validierung von Verpackungsprozessen in Papier-Folie-Verpackungen nach der DGSV-Leitlinie DIN EN 11607-2:2020.

### Kontakt Daten/Praxisanschrift/Rechnungsanschrift:

Name der Praxis:
Straße:
Postleitzahl / Ort:
Ansprechpartner:
<input type="radio"/> für Rückfragen:
<input type="checkbox"/> für Protokollversand:

Ich beauftrage die Landes Zahnärztekammer Brandenburg mit der Durchführung der Siegelnahtzugfestigkeitsprüfung mittels der von uns eingesandten Probe-Folienstreifen nach DIN EN 868-5 zum Preis (inkl. Ust.) von:

- 75,00 € für Prüfungen von bis zu drei Folienbreiten
- 8,00 € zusätzliche einmalige Pauschale für die Prüfung weiterer Größen

Bitte senden Sie nur das **vollständig\*** ausgefüllte Antragsformular zusammen mit den Probe-Folienstreifen ausreichend frankiert an die oben genannte Adresse.

- **Für unvollständige Aufträge wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 25,00 € zzgl. Ust. berechnet.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

- alle mit (\*) gekennzeichneten Angaben müssen ausgefüllt sein

### Erinnerungsservice der Landes Zahnärztekammer Brandenburg:

Damit die jährliche Siegelnahtzugfestigkeitsprüfung nicht in Vergessenheit gerät, bieten wir Ihnen einen Erinnerungsservice an. Sie erhalten 4 Wochen vor dem geplanten Prüfmonat Ihre Unterlagen per E-Mail.

wird gewünscht

wird nicht gewünscht

## Heißsiegelgerät

Hersteller/Typ/Bezeichnung*:			
Balkensiegelgerät*:		Durchlaufsiegelgerät*:	
SN-Nr.*:			
Stufe oder Siegeltemperatur*:	°C/Stufe*	Siegelkraft in N*:	Siegelzeit in Sek.*: oder Siegelzeit in m/Sek.*:
Baujahr*:		keine Anzeige/Ausgabe möglich*	
Routinekontrollen*:			
Ja	Nein	täglicher Peeltest	
Ja	Nein	wöchentlicher Sealcheck (nicht anwendbar bei Seitenfaltenmaterial)	
Ja	Nein	Tintentest (anwendbar bei Seitenfaltenmaterial)	
Sterilbarrieresystem*:			
Papier / Folie			
Sonstige:			

## Autoclav

Hersteller/Typ/Bezeichnung*:			
Letzte technische Wartung*:		Letzte Validierung*:	
Depot*:		Validierung durch*:	
Seriennummer*:		validiertes Sterilisationsprogramm*:	
Sterilisiertemperatur*:	in °C	Sterilisierdauer*:	in Min.
Chargenprotokoll vorhanden und korrekter Prozessablauf bestätigt*:			
		Ja	Nein

\*(höchste verwendete Temperatur mit der längsten Sterilisationszeit)

Alle Proben müssen vor der Prüfung sterilisiert werden!

**Angaben zur Prüffolie 1:**

Hersteller/Bezeichnung*:				
LOT-Nummer der Folie <sup>1*</sup> :			CE konform <sup>1*</sup> :    Ja    Nein	
	Folienschlauch*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ mm	
	Folienschlauch mit Falz*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ x _____ mm	
	Folienbeutel*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ mm    selbstklebend	
	Folienbeutel mit Falz*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ x _____ mm    selbstklebend	
Probe 1 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
Probe 2 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
Probe 3 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
<b>Datenerfassung durch die LZÄKB (Messdaten)</b>				
① Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	② Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	③ Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	Nahtbreite: _____ mm	

**Angaben zur Prüffolie 2:**

Hersteller/Bezeichnung*:				
LOT-Nummer der Folie <sup>1*</sup> :			CE konform <sup>1*</sup> :    Ja    Nein	
	Folienschlauch*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ mm	
	Folienschlauch mit Falz*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ x _____ mm	
	Folienbeutel*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ mm    selbstklebend	
	Folienbeutel mit Falz*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ x _____ mm    selbstklebend	
Probe 1 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
Probe 2 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
Probe 3 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
<b>Datenerfassung durch die LZÄKB (Messdaten)</b>				
① Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	② Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	③ Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	Nahtbreite: _____ mm Mittelwert: _____ N	

**Angaben zur Prüffolie 3:**

Hersteller/Bezeichnung*:				
LOT-Nummer der Folie <sup>1*</sup> :			CE konform <sup>1*</sup> :    Ja    Nein	
	Folienschlauch*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ mm	
	Folienschlauch mit Falz*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ x _____ mm	
	Folienbeutel*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ mm    selbstklebend	
	Folienbeutel mit Falz*	Größe <sup>1*</sup>	_____ x _____ x _____ mm    selbstklebend	
Probe 1 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
Probe 2 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
Probe 3 sterilisiert am*:			Charge der Sterilisation*:	
<b>Datenerfassung durch die LZÄKB (Messdaten)</b>				
① Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	② Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	③ Fmin: _____ Fmax: _____ Fmittel: _____	Nahtbreite: _____ mm Mittelwert: _____ N	

(1) Die Informationen müssen gemäß DIN EN 868-5 bzw. DIN EN ISO 11607-1 vom Hersteller des Verpackungsmaterials zur Verfügung gestellt werden.