

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 45,00 € 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*:	
durch*:		durch*:	
Seriennummer*:		validiertes Sterilisationsprogramm*:	
Sterilisiertemperatur (1):	in °C	Sterilisierdauer (2):	in Min.
Chargenprotokoll vorhanden und korrekter Prozessablauf bestätigt*:		Ja	Nein

1 - höchste verwendete Temperatur mit der längsten Sterilisationszeit

2 - **reine Sterilisationszeit**

Anlass für die erneute Leistungsbeurteilung:

Jährliches vorgegebenes Intervall

Änderung/Ergänzung des Sterilbarrieresystems und/oder der Parameter

die nicht bestandene Siegelnahtzugfestigkeitsprüfung vom:

Alle Proben müssen vor der Prüfung sterilisiert werden!

Angaben zur Prüffolie 1:

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

Angaben zur Prüffolie 2:

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

Angaben zur Prüffolie 3:

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

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