

Dekontaminationsnachweis / Hygiene-Unbedenklichkeitsbescheinigung Qualitätsdokument

Bitte stellen Sie sicher, dass dieses Zertifikat JEDER Rücksendung ausgefüllt beiliegt!

(bei Rücksendung ohne die erforderliche Bestätigung müssen die Aufbereitungskosten in Rechnung gestellt werden. Nachträglich eingereichte Nachweise können nicht mehr berücksichtigt werden)

Set-Nr. /Bezeichnung: _____

Das OrthoKit® wurde benutzt: Ja Nein

Ich bestätige hiermit, dass:

- Das anbei liegende Medizinprodukt **NICHT** mit Blut, Gewebe, Körpersubstanzen oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen und somit hygienisch unbedenklich ist.
- Das anbei liegende Medizinprodukt während der Anwendung mit Medikamenten, Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist
- „Ich verfüge aufgrund meiner Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die erforderliche Sachkenntnis bei der Dekontamination von Medizinprodukten. Darüber hinaus stehen die erforderlichen Mittel zur Verfügung (insbesondere Räume, Geräte und sonstige Arbeitsmittel), die Reinigung, Desinfektion sowie Sterilisation (zutreffendes bitte nachstehend ankreuzen) ordnungsgemäß durchzuführen“.
Dies bestätige ich durch meine Unterschrift (s.u.).
- Reinigung und Desinfektion gemäß ISO 15883
- Dampfsterilisation gemäß ISO 17665
- Anderes Verfahren _____
(bitte angeben)

Datum: Name (Druckschrift) Klinikname/Abteilung (Stempel)/Unterschrift

Durch das OrthoKit® Return Team abzuzeichnen:

Datum: Name (Druckschrift) Kürzel



Johnson & Johnson Medical GmbH
Geschäftsbereich DePuy Synthes
Im Brunnenfeld 8
79224 Umkirch
Telefon 0800 2012070 (Trauma, Spine, CMF)
orthokit-service@synthes.com
Telefon 0180 1337890 (Joint, Mitek)
orthokit-order@its.jnj.com
www.depuy-synthes.com

Decontamination Certificate / Hygiene-Safety Certificate Quality Documentation

Please ensure that this Certificate is included with EACH returned shipment!

(A processing fee will be charged when the Certificate is not included with the returned shipments. Late returned Certificates will not be taken into consideration)

Set Number / Description: _____

The OrthoKit® was used: Yes No

I confirm the following:

- The returned Medical Product **did not** come in contact with blood, tissue, bodily substances or any other form of Bodily Fluids, and is thusly considered as non-contaminated.
- The returned Medical Product during use came in contact with Pharmaceutical, blood or other form of Bodily Fluids.
- „On the basis of my training and practical activity I have the necessary experience to decontaminate Medical Products. Furthermore we have the necessary means (room, equipment and other working materials) to execute the disinfection and sterilization according to the requirements”. (please mark with an X the correct method utilized)

This is confirmed through my signature:

- Cleaning and Disinfection in accordance with ISO 15883
- Steam Sterilization in accordance with ISO 17665
- Other method: _____
(please elaborate)

Date: Name (capital letters) Clinic/Medical Facility (Official Stamp)/Signature

Signed by OrthoKit® Return Team:

Date: Name (capital letters) Initials


THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson & Johnson
Johnson & Johnson Medical GmbH
Geschäftsbereich DePuy Synthes
Im Brunnenfeld 8
79224 Umkirch
Telefon 0800 2012070 (Trauma, Spine, CMF)
orthokit-service@synthes.com
Telefon 0180 1337890 (Joint, Mitek)
orthokit-order@its.jnj.com
www.depuysynthes.com