

Kontrollliste für Reinigung und Desinfektion Monat _____ Jahr _____
 vom Durchführenden auszufüllen!

Datum	Reinigung / Desinfektion OK	Reinigung / Desinfektion nicht OK	Wenn nicht ok, Korrekturmaßnahmen bzw. welche periodisch notwendigen Arbeiten wurden durchgeführt	Signatur d. Durch- führenden
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				