



Zentrum für Infektiologie  
Sterillabor

## Anforderungsschein

SU\_ME\_017-Anlage1

Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg  
Tel.: 06221-56 37574, Fax: 06221 - 56 4264

### Untersuchungsauftrag / Probenbegleitschein

Datum / Uhrzeit der Probenahme:*	Einsender (Stempel)*
Ansprechpartner:	
Telefonnummer.:	

Lfd. Nr.	Proben-/ Chargenbezeichnung*	Menge /Vol.	Laboretikett
1			(wird vom Labor ausgefüllt)
2			(wird vom Labor ausgefüllt)
3			(wird vom Labor ausgefüllt)
4			(wird vom Labor ausgefüllt)

#### Gewünschte Untersuchung:

<input type="radio"/> <b>Prüfung auf Sterilität gemäß Kap. 2.6.1. Ph. Eur. Membranfilter-/Direktbeschickungsmethode</b> (Nur Produkte, für die eine Matrixvalidierung durch unser Labor vorliegt!) <input type="radio"/> <b>Arbeitsschrittkontrollen liegen diesem Auftrag bei</b>
<input type="radio"/> <b>Prüfung auf Sterilität in Anlehnung an Kap. 2.6.1. Ph. Eur. mittels BacTAlert</b> (Nur Produkte, für die eine Matrixvalidierung durch unser Labor vorliegt!) <input type="radio"/> <b>Arbeitsschrittkontrollen liegen diesem Auftrag bei</b> <input type="radio"/> <b>Arbeitsschrittkontrollen siehe Auftrag vom (Datum/Uhrzeit) _____</b>
<input type="radio"/> <b>Mikrobiologische Prüfung zellbasierter Zubereitungen gemäß Kap. 2.6.27 Ph. Eur. mittels BacTAlert</b> (Nur Produkte, für die eine Matrixvalidierung durch unser Labor vorliegt!) <input type="radio"/> <b>Arbeitsschrittkontrollen liegen diesem Auftrag bei</b> <input type="radio"/> <b>Arbeitsschrittkontrollen siehe Auftrag vom (Datum/Uhrzeit) _____</b>
<input type="radio"/> <b>Mikrobiologische Kontrolle von Blutprodukten gemäß Votum 43 AK Blut</b> <input type="radio"/> <b>Prüfung auf Bakterien-Endotoxine mittels Gelbildungsmethode/Grenzwertprüfung gemäß Kap. 2.6.14 Ph. Eur.</b> <b>max. zul. Endotoxingehalt:* _____ EU/ml</b>
<input type="radio"/> <b>Mikrobiologische Prüfung nicht steriler Produkte: Bestimmung der vermehrungsfähigen Mikroorganismen gemäß Kap. 2.6.12 Ph. Eur.</b> (Nur Produkte, für die eine Matrixvalidierung durch unser Labor vorliegt!) <input type="radio"/> <b>Mikrobiologische Prüfung nicht steriler Produkte: Nachweis spezifizierter Mikroorganismen gemäß Kap. 2.6.13 Ph. Eur.</b> (Nur Produkte, für die eine Matrixvalidierung durch unser Labor vorliegt!)
<input type="radio"/> <b>Positivkontrolle Media Fill</b> <input type="radio"/> <b>Sonstige Untersuchung:</b>

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Auftraggeber)\*

\_\_\_\_\_  
Probeneingang (wird vom Labor ausgefüllt)

(Mit \* gekennzeichnete Angaben sind für die Durchführung der Untersuchungen zwingend erforderlich!)

roXtra ID	Version	Freigabe Datum	Seite
86688	003	29.04.2022	1 von 1