



Auftrag für eine Viruzidie-Prüfung (DVV / RKI)

Hersteller / Firma: _____

Kontaktperson: _____

Adresse (ggf. Tel.-Nr.): _____

Mit der Rücksendung des ausgefüllten Antrages erteilt der Kunde der MikroLab GmbH den nachstehenden Auftrag (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Name der Probe(n) (ggf. Wirkstoffgruppen)						
Prüfumfang	vollständige Prüfung gemäß / in Anlehnung an DVV / RKI				Screening Test	
Testvirus	begrenzte Viruzidie		Viruzidie		chemothermische Desinfektion	
	Vakzinia		Polio	Adeno	Bovines Parvovirus	
	BVDV		SV40	Vakzinia		
	andere	BCoV	ECBO	Echo	FCV	HAV
		HSV	Influenza A (aviär)		Influenza A (human)	
		MNV	MVA	Rhino	Rota	
Inkubationszeiten (in der Regel 4 Einwirkzeiten)						
Händewaschung / Händedesinfektion	30 sec	1 min	2 min	5 min	_____	
Oberflächen / Instrumente	5 min	15 min	30 min	60 min	_____	
chemothermische Desinfektion (> 40°C)	50°C	60°C	5 min		10 min	
	_____	_____	15 min		30 min	
Prüfkonzentration(en) %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %		
Belastung(en)	Aqua bidest.		FKS (10 %)		_____	
Sonstiges / Bemerkungen:						
Anlage						

Datum: _____

Unterschrift (Kunde): _____