



Institut für Hygiene und Umwelt
Bereich Hygiene und Infektionsmedizin

Leiter: Prof. Dr. med. A. Wille
Marckmannstr. 129 a, 20539 Hamburg
Tel. 040-42845-7921/-7901, Fax: 040-42794-8830
E-Mail: hygiene@hu.hamburg.de

Betreiber:in (Adressat:in für Prüfbericht):

Auftragsnummer / Projektbezeichnung / Bezug:

Ansprechpartner:in:

.....

Mobiltelefon:

Rechnung an: Betreiber:in sonstige:r Kostenträger:in:

Prüfbericht als PDF an folgende E-Mail-Adresse(n):

.....

.....

.....

.....

Annahmezeiten für Trinkwasser-Proben: Labor Mo.-Do. 8-16, Fr. 8-14, Sa. 8-10 Uhr, Pforte bzw. nach Absprache: tgl. 0-24 Uhr

(bitte ankreuzen) Untersuchungsauftrag für Trinkwasser	
<p>Trinkwasser (Leitungswasser warm/kalt) auf Legionellen (n. TrinkwV / UBA / DVGW) => Untersuchungsserie der beprobten Wasserversorgungsanlage in folgendem Umfang:</p> <p><input type="checkbox"/> Systemisch-orientierende Untersuchung (Routineuntersuchung, eingeschränkter Umfang) <input type="checkbox"/> Weitergehende Untersuchung (nach Beanstandungen, erweiterter Umfang) <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung (zur Kontrolle eines Sanierungserfolgs, erweiterter Umfang)</p> <p>Trinkwasser (Leitungswasser warm/kalt) auf Legionellen (sonstige Anlässe) <input type="checkbox"/> Ergänzende Untersuchung (Beprobung in betreiberseitig definiertem Umfang) <input type="checkbox"/> Hygienische Untersuchung (an Entnahmestellen von Nutzern mit erhöhtem Risiko) <input type="checkbox"/> Behördliche Untersuchung bei Erkrankung/-sverdacht => <input type="checkbox"/> bei Nachweis: Sequenzierung <input type="checkbox"/> zzgl. Allgemeine Koloniezahlen (KBE 22°C+36°C; optional)</p> <p>Trinkwasser (Leitungswasser kalt) auf mikrobiologische Parameter (n. UBA / VDI / DVGW) => u.a. für Trinkwasserinstallationen (z.B. bei Neubau/Umbau, öffentl. Gebäuden, Mängelsuche) <input type="checkbox"/> KBE 22°C+36°C / <i>E. coli</i> / Coliforme Bakterien / Enterokokken / <i>P. aeruginosa</i></p> <p>Trinkwasser (kalt) auf mikrobiologische „Parameter der Gruppe A“ (n. TrinkwV) => u.a. für Brunnen, Hydranten, Trinkwasserverteilanlagen, Trinkwassertanks <input type="checkbox"/> KBE 22°C+36°C / <i>E. coli</i> / Coliforme Bakterien / Enterokokken</p> <p><input type="checkbox"/> Die o.g. Untersuchung wurde <u>behördlich angeordnet</u> (bitte Kopie der Anordnung beilegen!). <input type="checkbox"/> Die o.g. Untersuchung wurde <u>durch eine:n Sachverständige:n festgelegt</u> (bitte Kopie beilegen!).</p> <p><input type="checkbox"/> Die o.g. Untersuchung konnte <u>nicht</u> im festgelegten Umfang ausgeführt werden: <input type="checkbox"/> betreiberseitige Festlegung <input type="checkbox"/> eingeschränkter Zugang <input type="checkbox"/> fehlende Entnahmestellen</p> <p>Für andere mikrobiologische Wasserproben (z.B. aus Schwimmbädern, Kühltechnik, Medizingeräten) oder chemische Wasserproben (z.B. auf Schwermetalle) bitte jeweils den speziellen Einsendeschein ausfüllen!</p>	<p>Probenahmefristen:</p> <p><input type="checkbox"/> Fremdmaterial (PN)</p> <p>Rüstzeit: _____ Std. Fahrtzeit: _____ Std. Wartezeit: _____ Std. Probenahme: _____ Std.</p> <p>Interne Labornotizen:</p> <p><input type="checkbox"/> Mehraufwand (Labor)</p> <p>Mitteilungen des Labors an Einsendende: _____ _____</p>

Probenehmer:innen, die beim Institut für Hygiene und Umwelt akkreditiert sind: Ich versichere, dass ich nicht Mitarbeiter:in des/der Betreiber:in der beprobten Anlage bin. Ich habe diese:n, oder ihre:n/seine:n Beauftragte:n, darüber informiert, dass ich im Auftrag des Instituts für Hygiene und Umwelt tätig bin und die entnommenen Proben in den dortigen Laboren untersucht und befundet werden.

Ort / Datum	Name (Probenehmer:in)	PN-Nummer	Unterschrift
-------------	-----------------------	-----------	--------------

Betreiber:in oder deren/dessen Beauftragte:r (sofern verfügbar): Hiermit beauftrage ich das Institut für Hygiene und Umwelt, die umseitig aufgeführten Proben zu untersuchen, die Resultate in einem Prüfbericht an mich zu berichten und mich unverzüglich über festgestellte Abweichungen von Grenzwerten oder Überschreitungen des technischen Maßnahmenwertes in Kenntnis zu setzen.

Ort / Datum	Name (Betreiber:in / Beauftragte:r)	Unterschrift
-------------	-------------------------------------	--------------

Probenahmeprotokoll

(* Pflichtangaben nach TrinkwV)

Adresse (Objekt/Anlage):*	
Name, Vorname (Betreiber:in / Objektverantwortliche:r):*	Adresse (Betreiber:in / Objektverantwortliche:r):*
Telefon (Betreiber:in / Objektverantwortliche:r):*	E-Mail (Betreiber:in / Objektverantwortliche:r):*
Zuständiges Gesundheitsamt/Verbraucherschutzamt:	E-Mail (Gesundheitsamt/Verbraucherschutzamt):

Probenliste	Entnahmestellen / Angaben zur Probenahme (n. ISO 19458)	Labornotizen
Datum/Uhrzeit	Art des Trinkwassers: Zweck: Desinfektion: <input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> misch <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> therm. <input type="checkbox"/> chem. <input type="checkbox"/> ohne Temperatur: T1: °C T2: °C nach sec. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte oben beschreiben)	
Datum/Uhrzeit	Art des Trinkwassers: Zweck: Desinfektion: <input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> misch <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> therm. <input type="checkbox"/> chem. <input type="checkbox"/> ohne Temperatur: T1: °C T2: °C nach sec. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte oben beschreiben)	
Datum/Uhrzeit	Art des Trinkwassers: Zweck: Desinfektion: <input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> misch <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> therm. <input type="checkbox"/> chem. <input type="checkbox"/> ohne Temperatur: T1: °C T2: °C nach sec. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte oben beschreiben)	
Datum/Uhrzeit	Art des Trinkwassers: Zweck: Desinfektion: <input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> misch <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> therm. <input type="checkbox"/> chem. <input type="checkbox"/> ohne Temperatur: T1: °C T2: °C nach sec. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte oben beschreiben)	
Datum/Uhrzeit	Art des Trinkwassers: Zweck: Desinfektion: <input type="checkbox"/> kalt <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> misch <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> therm. <input type="checkbox"/> chem. <input type="checkbox"/> ohne Temperatur: T1: °C T2: °C nach sec. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte oben beschreiben)	

Labor

(bitte hier keine Eintragungen)

Bemerkungen:

Eingang: Datum / Uhrzeit / Unterschrift

Ansatz: Datum / Uhrzeit / Unterschrift

Endbefund: Datum / Unterschrift