

Visuelle Kontrolle der Funktionstüchtigkeit des Siegelgerätes

16.14

Zahnarztpraxis: _____

Siegelgerät: _____

Serial-Nr.: _____

Das oben aufgeführte Siegelgerät wird monatlich visuell auf Funktionstüchtigkeit, z. B. mit seal check, kontrolliert.

Kalenderjahr:			
Monat	Datum der Durchführung	Auswertung	Signum
Januar			
Februar			
März			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Dezember			