

Zahnärztekammer Berlin  
Referat Praxisführung  
Stallstraße 1  
10585 Berlin

## Auftrag zur Siegelnahtfestigkeitsprüfung

### Praxisangaben

Name der Praxis:	
Anschrift:	
Ansprechpartner/-in:	
E-Mail:	
Kundennummer:	

Mit meiner Unterschrift beauftrage ich die Zahnärztekammer Berlin mit der Siegelnahtfestigkeitsprüfung anhand der eingesandten Folienstreifen, zu den aktuell gültigen Preisen in Höhe von 59,00 € bis max. 3 Foliengrößen bzw. 79,00 € ab 4 Foliengrößen.

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Prüfprotokolle und die Rechnung an die oben angegebene E-Mail-Adresse gesendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Praxisinhaber/-in

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. (030) 34 808 119 zur Verfügung.

Ihr Referat Praxisführung

## Technische Daten des Siegelgerätes und Prozessvariablen

Typ/Bezeichnung des Siegelgerätes:	
Seriennummer laut Typenschild:	
Baujahr laut Typenschild:	
Siegelart:	Balken-Siegelgerät <input type="checkbox"/> Durchlauf-Siegelgerät <input type="checkbox"/>
Durchlaufgeschwindigkeit (in m/Minuten):	
Siegelzeit in Sekunden (wenn angezeigt):	
Anpressdruck   Siegelkraft in Newton: (wenn angezeigt)	
Temperatureinstellung °C:	

## Hersteller | Prozessparameter Sterilisator (Autoklav) - validiert

Hersteller   Typ Autoklav:	
Seriennummer Autoklav:	
Sterilisationsprogramm*: <small>*Programm mit der höchsten verwendeten Temperatur und der längsten Sterilisationszeit</small>	
Sterilisiertemperatur in °C:	
Sterilisationsdauer in Minuten:	
Chargenprotokoll vorhanden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sterilisationsvorgang erfolgreich:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

## Hinweis zur Siegelnahtfestigkeitsprüfung

Bitte achten Sie darauf, die Proben nicht zu knicken.

Werden Proben zur Siegelnahtfestigkeitsprüfung an eine dritte Stelle zur Prüfung eingeschickt, können lediglich für diese Prüfung versiegelte leere Proben sterilisiert und verwendet werden.

Des Weiteren sind Beeinträchtigungen, wie z. B. Restfeuchtigkeit oder Verschmutzungen, keine Faktoren, die durch den Verpackungsprozess verursacht werden. Diese sind im Rahmen anderer Prozessvalidierungen zu prüfen.

## Angaben zu den Proben der Siegelfolien

Foliennummer Kennzeichnung	sterilisiert am	Hersteller der Folie	Breite der Folie in mm	Folie mit Seitenfalte	Haltbarkeitsdatum & LOT-Nr. der Folie
A1				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
A2					
A3					
B1				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
B2					
B3					
C1				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
C2					
C3					
D1				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
D2					
D3					
E1				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
E2					
E3					

## Recall – Erinnerung an die arbeitsjährliche Siegelnahtfestigkeitsprüfung

Ich bin bereit, an dem Recall-Service der Zahnärztekammer Berlin per E-Mail teilzunehmen.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnärztekammer Berlin zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Zahnärztekammer Berlin widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich wünsche nicht am Recall-Service teilzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Praxisinhaber/-in

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel