

Begleitschreiben zu Ihrem Angebot

Wichtige Dokumente für Anlieferung, Installation und Validierung Ihres Thermodesinfektors

Sehr geehrte/r Praxisinhaber/innen,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem HYG Thermodesinfektor.

Sie finden anbei zwei Dokumente:

- 1. Installationsvoraussetzungen** (Ansprechpartner bei Rückfragen: vertrieb@icmedical.de 07181 / 70 60 – 70)
- 2. Checkliste zur Erstvalidierung** (Ansprechpartner bei Rückfragen: validierung@icmedical.de 07181 / 70 60 – 50)

Bitte senden Sie die Dokumente ausgefüllt und unterschrieben, zusammen mit Ihrer Bestellung an uns zurück. So können wir die Anlieferung (falls noch offen), sowie die Installation, Einweisung und/oder Erstvalidierung für Ihren Thermodesinfektor reibungslos eintakten und durchführen.

Ein Termin unseres Technikers kann nur dann stattfinden, wenn wir von Ihnen alle nötigen Unterlagen ausgefüllt und unterschrieben zurückhaben.

Mit freundlichen Grüßen
IC Medical GmbH

1. Installationsvoraussetzungen Thermodesinfektor HYG-Serie (V2.0)

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die baulichen Voraussetzungen in Ihrer Praxis von einem Fachbetrieb mit passender Konzession (Bspw. Elektro, Sanitär, Schreiner/Tischler o.Ä.) überprüfen zu lassen. Senden Sie dann das Dokument ausgefüllt und unterschrieben zurück an vertrieb@icmedical.de oder an die Faxnummer 07181 / 70 60 - 99.

Bei Fragen wählen Sie die 07181 / 70 60 - 70

- ⚠
Sind die Installationsvoraussetzungen in Ihrer Praxis nicht vorhanden und der IC Medical Servicetechniker kann aufgrund dessen das Gerät nicht installieren, müssen die dadurch entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.
 verstanden
- ⚠
Bitte beachten Sie, dass IC Medical keine bauseitigen Veränderungen in Ihrem Aufbereitungsraum vornehmen darf, dies muss von einem Fachbetrieb mit passender Konzession erfolgen.
 verstanden
- ⚠
Der Thermodesinfektor muss mit allen vier Füßen auf einer ebenen Fläche stehen
 verstanden
- ⚠
Im Umgebungsbereich des HYG kann Kondenswasser entstehen. Für Feuchtigkeitsschäden am Mobiliar wird keine Haftung übernommen.
 verstanden

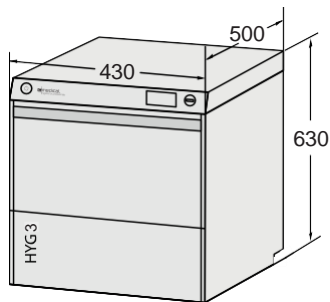
PLATZBEDARF

1) WOHIN SOLL DER THERMODESINFЕКТОР GESTELLT WERDEN?

(Bitte kreuzen Sie nur die Auswahl an, welche die Installation in Ihrer Praxis betrifft.)

HYG 3 - Auftischgerät *vorhanden*

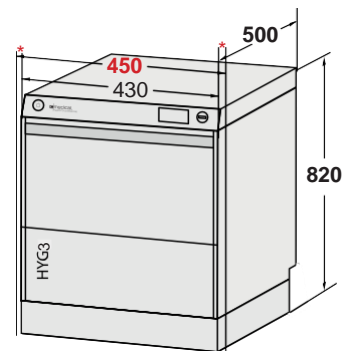
Geräteabmessung + Platzbedarf:
630x430x500 mm (HxBxT)



HYG 3 - Unterbaugerät *vorhanden*

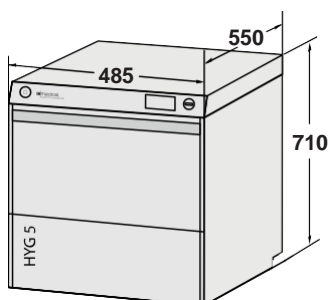
Geräteabmessung:
820x430x500 mm (HxBxT)

Platzbedarf:
820x450x500 mm (HxBxT)
(* + ca. 10 mm je Seitenwand links und rechts)



HYG 5 - Auftischgerät *vorhanden*

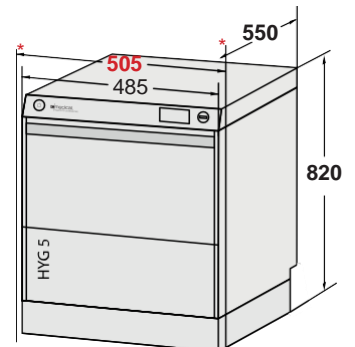
Geräteabmessung + Platzbedarf:
710x485x550 mm (HxBxT)



HYG 5 - Unterbaugerät *vorhanden*

Geräteabmessung:
820x485x550 mm (HxBxT)

Platzbedarf:
820x505x550 mm (HxBxT)
(* + ca. 10 mm je Seitenwand links und rechts)



Bitte nehmen Sie für folgende Punkte [2) + 3) + 4)] die **Zeichnung** auf **Seite 5** zur Hilfe und orientieren sich zu Ihrem Verständnis anhand der Farben und Zahlen.

2) ELEKTROANSCHLUSS

Stromanschluss: 1 **220 ... 240 V;** *vorhanden*
50/60 Hz;
16A; 30mA



Für den Betrieb des Thermodesinfektors ist ein getrennter Stromkreis mit eigener Überlastsicherung (Nennwert 16A) sowie ein zusätzlicher Fehlerstrom-Schutzschalter (FI-Schalter) mit 30mA Nennwert erforderlich. Es dürfen keine Adapter oder Mehrfachsteckdosen dazwischen geschaltet werden. Abweichungen von diesen Vorgaben führen zum Verlust jeglicher Gewährleistung. Evtl. dadurch entstehende Schäden oder Reparaturkosten werden von der IC Medical GmbH nicht übernommen. Länge Netzleitung: max. 1,9 m. *verstanden*

3) WASSERANSCHLÜSSE

Zuwasseranschluss: 2 **Kaltwasseranschluss ¾ Zoll** *vorhanden*



Zu- und Abwasseranschlüsse müssen bauseits fachmännisch angebrachte Festwasseranschlüsse sein. *verstanden*

Abwasseranschluss: 3 Muss passen für Abwasserschlauch **DN 19** *vorhanden*
(DN 19 = Schlauch Innendurchmesser 19 mm)



Die maximale Förderhöhe der Abwasserpumpe beträgt ab Geräteboden 1,13 m. *verstanden*

Lieferumfang

- 2x **Zuwasserschlauch** 2,00 m 4
- 1x **Panzerschlauch** 1,50 m 5
- 1x **Abwasserschlauch** 2,50 m 6

Ich benötige eine andere Schlauchlänge

- 1x **Zuwasserschlauch** ____m 1x **Zuwasserschlauch** ____m
- 1x **Panzerschlauch** ____m
- 1x **Abwasserschlauch** ____m

Zuführung Anschlüsse: 7 Falls eine/mehrere **Durchbohrung/en** zur Durchführung der Schläuche und Kabel notwendig ist, sollte/n diese möglichst vor der Installation des Gerätes vorhanden sein. **Ø ca. 70 mm** *verstanden*

4) WASSERAUFBEREITUNG

Lieferumfang

- entweder Größe standard 8
- 1x IC Ionentauscherkartusche 25 Liter (Artikelnr. 105 217)
 - Platzbedarf (Øxh) 270x610 mm
- oder Größe klein 9
- 1x Kartusche 490 (Artikelnr. 105 044)
 - Platzbedarf (Øxh) 239x490 mm

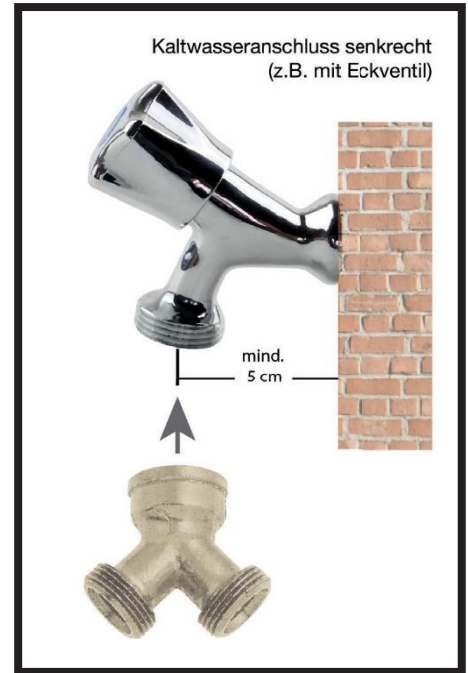
Ich besitze bereits eine...

- ...Kartusche zur Wasseraufbereitung
Name des Herstellers _____ Modell _____
- ...Umkehrosmoseanlage
Name des Herstellers _____ Modell _____
- Ich benötige keine Möglichkeiten zur Wasseraufbereitung (VE-Kartusch/Umkehrosmoseanlage o.Ä.), da die Wasserqualität in meiner Praxis 7dH° (= Grad der deutschen Wasserhärte) nicht überschreitet.**



Aufgrund der notwendigen Anbringung eines Y-Stückes am Kaltwasseranschluss, muss der in der Zeichnung vermerkte Mindestabstand zwischen Wand und Wasseranschluss zwingend gegeben sein. Besser, wenn ein noch größerer Abstand vorhanden ist. Ignoriert werden kann diese Information bei waagerechter Ausrichtung des Wasseranschlusses.

verstanden



5) FOLGENDE/R FACHBETRIEB/E WAR/EN ZUR PRÜFUNG DER INSTALLATIONSVORAUSSETZUNGEN IN MEINER PRAXIS:

Fachbetrieb Elektro:

Firmenstempel (oder Kontaktdaten eintragen)

Name: _____

Anschrift: _____

Fachbetrieb Schreiner/Tischler:

Firmenstempel (oder Kontaktdaten eintragen)

Name: _____

Anschrift: _____

Fachbetrieb Sanitär:

Firmenstempel (oder Kontaktdaten eintragen)

Name: _____

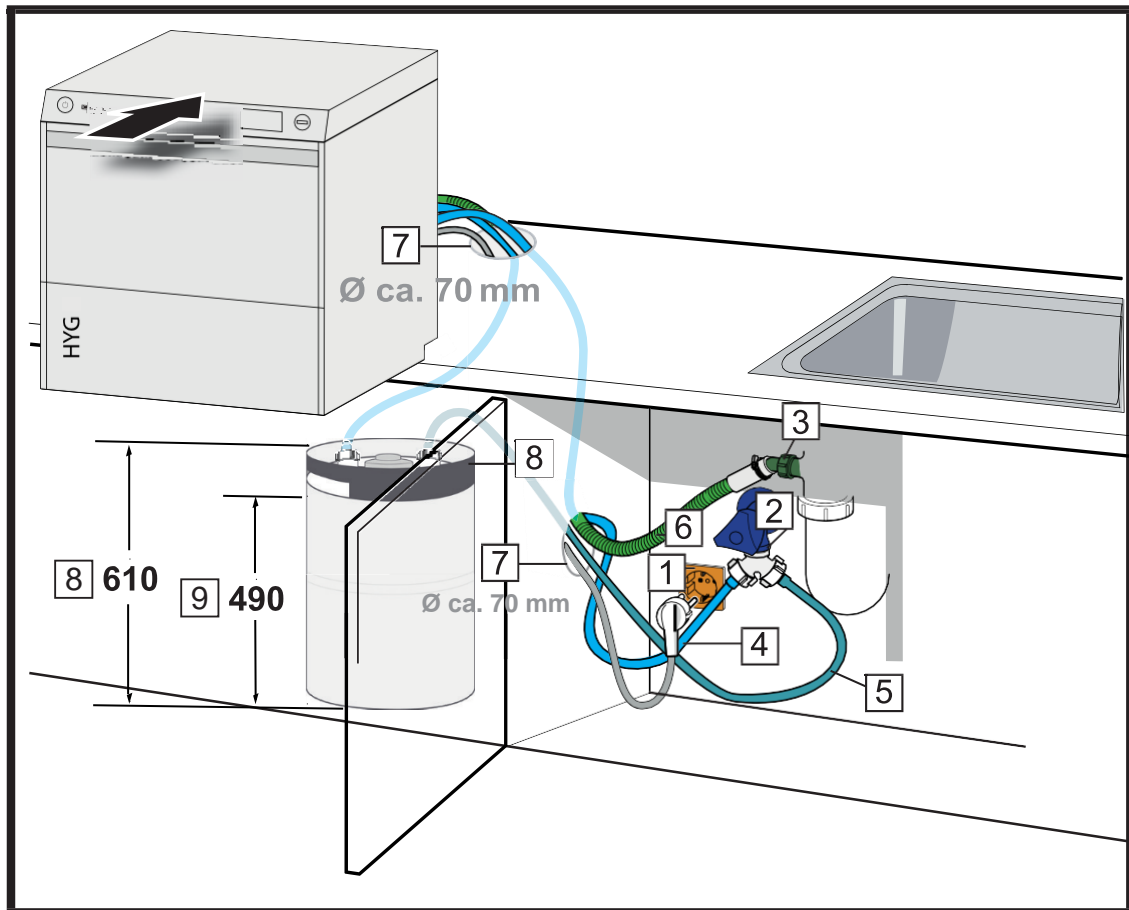
Anschrift: _____

Es gelten unsere AGB. Druckfehler, Irrtümer, techn. Änderungen, Preise, Liefermöglichkeiten bleiben vorbehalten.

Anschlüsse und Platzbedarf wurden überprüft und wurden *verstanden/sind* *vorhanden*.

Der Thermodesinfektor kann installiert werden.

Datum, Unterschrift



2. Checkliste Erstvalidierung – HYG-Serie

Sehr geehrte/r Praxisinhaber/innen,

das vorliegende Protokoll soll Ihnen und uns helfen, die Validierung Ihres HYG schnell und einfach durchzuführen. Bitte füllen Sie nach Möglichkeit dieses Protokoll vollständig aus. Sollten die einzelnen Punkte nicht korrekt ausgefüllt sein, kann unser Techniker unter Umständen die Validierung nicht erfolgreich durchführen.

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Dokument, gerne per Mail, zu. **Ohne zurückgesendetem und ausgefülltem Formular können wir Ihnen keinen Termin anbieten.**

Bei etwaigen Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Fragen zum Termin (Terminbestätigung / Verschiebung)

E-Mail: support@icmedical.de
Tel.: 07181-7060-50
Fax: 07181-7060-99

Rücksendung der Checkliste Rückfragen zur Checkliste

E-Mail: validierung@icmedical.de
Tel.: 07181-7060-50
Fax: 07181-7060-99

Die obenstehenden Hinweise wurden zur Kenntnis genommen und verstanden. Die Validierung des Gerätes ist gewährleistet. Die ordnungsgemäße Vorbereitung für den Validierungstermin wird mit diesem Protokoll bestätigt. Für etwaige Rückfragen am Tag der Validierung steht eine verantwortliche und sachkenntliche Person (z.B. Hygienebeauftragte/r) grundsätzlich zu Verfügung.

Praxis

Name

Kundennummer

Anschrift

E-Mail

Telefon

Allgemeine Informationen	
1. Gerät/ Bezeichnung (HYG3; HYG5; HYG7) (falls schon Gerät vorhanden)	
2. Seriennummer (falls schon Gerät vorhanden)	
3. Verantwortliche(r) für die Aufbereitung	
4. Datum der Erstinbetriebnahme (falls schon ausgeführt wurde)	
5. Aktuelle Gerätesoftware (Versions-Nr., siehe Protokoll)	
6. Prozesschemie (Name)	
7. Verwendung Wasseraufbereitung (z.B. VE-Kartusche / Osmose)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> nein

Anforderung Allgemein vorhanden?	Ja	Nein
8. Ist genügend Prozesschemie vorhanden (für bis zu 3 Chargen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ausreichende Menge an übliches aufzubereitendes Instrumentarium ist vorhanden. Bitte halten Sie das verschmutzte Instrumentarium bereit (Erstvalidierung 3 Chargen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Installationsprotokoll (falls schon durchgeführt wurde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Einweisungsprotokoll (falls schon durchgeführt wurde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Benutzerhandbuch des Gerätes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Gebrauchsanweisung der Medizinprodukte mit Aufbereitungsvorschriften für alle Produkte (gem. DIN EN ISO 17664)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Datenblätter für Prozesschemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte (unkritisch, semikritisch, kritisch, A, B, C) entsprechend der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten des RKI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Beschreibung des gesamten Aufbereitungsprozesses vom Einsatz bis zur dokumentierten Freigabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Qualifikation des Personals (z.B. Sachkunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aktueller Hygieneplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Arbeitsanweisungen vorhanden für: (falls schon zum Gerät vorhanden)	Ja	Nein
19. Aufbereitung der Medizinprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Beladung des Thermodesinfektors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Instrumentenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Chargendokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Routinekontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Referenzbeladung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person und Praxisstempel