Spoldesinfektor- Checklista inför nyinvestering

Enhet (namn och nr) Sjukhus/Hälsocentral

Verksamhetschef Datum

Kontaktperson Telefonnummer

Gods	**Antal/dag**							**Kommentarer**
	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre	Lör	Sön	
Rondskålar								
Handfat								
Bidéskålar								
Bäcken								
Urinflaskor								
Sugflaskor								

Kommentarer