Reinigungs- und Desinfektionsplan mit Nachweis

Woche vom ____ . ____ . _____ bis ____ . ____ . _____ Verantwortliche Person: _____

Bereiche/ Geräte	Reinigung		Desinfektion		Durchgeführt von (Namenszeichen)							Bemerkungen/ Maßnahmen/ Kontrolle
	Wie oft?	mit Was?	Wie oft?	Mit Was?	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	