

# Autoklavieren.

## Evaluationsformular

Damit wir Ihnen das optimal auf den Endanwender abgestimmte Gerät anbieten können, bitten wir Sie, sich kurz Zeit zu nehmen und die Fragen zu beantworten.

Firma: ..... Ansprechperson: .....  
Abteilung/Raum: ..... E-Mail: .....  
Adresse: ..... Telefon: .....  
PLZ/Ort: .....

### Anwendungsbereich/Einsatzzweck

.....

### Geräteart

horizontale Kammer  vertikale Kammer

### Was wird autoklaviert?

Abfälle  in Beuteln  flüssige Abfälle  hochinfektöse Abfälle  
 Flüssigkeiten in Medienflaschen  Hohlkörper  Instrumente  Spezialanwendungen: .....

### Spezielle Angaben

Vakuumeinrichtung  Abluftfiltration  Schnellrückkühlung  Bio Safety Level: .....  
 Betriebstemp. (°C): .....  Sterilisationstemp. (°C): .....  
 Kundenspez. Angaben: .....

### Umgebungstemperatur

Max. Temperatur (°C): ..... Min. Temperatur (°C): .....

### Abmessungen des Gerätes

Max. Grösse (mm): Breite ..... Höhe ..... Tiefe .....  
Min. Innenraum (mm): Breite ..... Höhe ..... Tiefe .....  
Min. Volumen (L): .....

### Bemerkungen

.....

Datum & Unterschrift: .....