



**Dekontaminationsnachweis für  
Rücklieferungen von Medizinprodukten /  
*Decontamination Certificate for return delivery  
of medical devices***

HumanTech Germany GmbH    HumanTech Spine GmbH    HumanTech Dental GmbH  
Gewerbestraße 5, D-71144 Steinenbronn  
Telefon (Phone): +49 7157/ 52 46 71; Fax: + 49 7157 / 52 46 - 33

Bitte legen Sie dieses Formular ausgefüllt jeder Rücklieferung von Medizinprodukten bei. / *Please enclose this filled form to every return delivery of medical devices.*

Set-Nr./Artikelbezeichnung/ *Set-Nr./ article description:* \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen wir, dass das/die anbei liegende(n) Medizinprodukt(e) /  
*Hereby we confirm, that the returned medical product(s):*

- NICHT** zum Einsatz gekommen und somit **hygienisch unbedenklich** ist/sind.  
*Has/Have **NOT** been used and is therefore **hygienically harmless**.*
- zum Einsatz gekommen ist/sind. Das/Die Produkt(e) wurde(n) entsprechend den für das jeweilige Produkt gültigen Anweisungen aufbereitet und sterilisiert.  
*The product(s) has/have been reprocessed and sterilized according to the instruction valid for the respective product.*
- NICHT** dekontaminiert werden konnte(n)./ *can **NOT** be decontaminated.*

**Begründung/ reason:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sollten Sie Kenntnis davon haben, dass das/die Medizinprodukte mit einem Creutzfeldt-Jakob-Erreger in Kontakt gekommen ist/sind bitten wir Sie, das/die Produkt/e zum Schutz Dritter gesondert zu verpacken, zu kennzeichnen mit „Creutzfeldt-Jakob infiziert“ und die HumanTech darüber schriftlich zu informieren.

*If you know about a contact of the medical device(s) with Creutzfeldt-Jakob-pathogens, please do a packaging of the device(s) for protection of third person, sign the device(s) with „Creutzfeld-Jakob infected“ and inform HumanTech in a written form.*

HumanTech behält sich vor, Ihnen die Kosten in Rechnung zu stellen, welche aufgrund fehlender Angaben auf diesem Formular oder des Produktzustands entstanden sind. / *HumanTech reserves to invoice costs which are caused by missing information or by the condition of the product..*

Klinik/ *Hospital:* \_\_\_\_\_

Position / *Job Title:* \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel/ *Date, Signature, Stamp of Hospital*