

Kontrollplan bei Norovirenausbruch

Ausbruchdatum: _____

Genesungsdatum: _____

+ 72 Stunden Abschlussdesinfektion: _____

Was	Produkt	Dosierung / Einwirkzeit	Unterschrift						
			MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1	XIBU XL senseFLUID 	septDES GEL PUR 							
2	hup DES FORTE 	hup BOX yellow PUR 							
3	hygienicDES CAPS 	safetyBOX blue 5 CAPS 5 l 							
4	hygienicDES CAPS 	safetyBOX SMALL yellow (10 safetyWIPES) 1 CAP 1 l 							
5	havon DES 40 	haron DES 40 40 ° 							
6	havon DES 60 	haron DES 60 60 ° 							
7	hup DES FORTE 	hup BOX yellow PUR 							
8	hup DES FORTE 	hup BOX yellow PUR 							
9	ecosol DES TABS 	ecosol DES TABS 1 Tab 5 l 45°C 							
10	hygienicDES CAPS 	safetyBOX SMALL yellow (20 safetyWIPES) 2 CAPS 2 l 							