

Rechnungsadresse:	Kundennummer:
	Für EH-Kasten verantwortlich:
	Für Rechnungslegung verantwortlich:
Lieferadresse:	Betreuer:
Telefon:	Lieferschein Nummer:
Email:	geliefert am:
UID-Nummer:	Lager:

**ÜBERPRÜFUNG Erste Hilfe-Kasten Typ:** (bitte ankreuzen)   1  2

\*\*\* Inhaltsliste nach aktueller Fassung der ÖNORM Z 1020 \*\*\*

Artikelbezeichnung	Artikelnummer	Typ 1	Typ 2	Ergänzt	Vermerk
Rettungsdecke silber/gold	b 2	1	2		
Erste Hilfe Anleitung - Sofortmaßnahmen	h 0010	1	1		
Inhaltsverzeichnis ÖNORM Z 1020 Typ 1 / Typ 2	hön1m / hön2m	1	1		
Verbandschere lt. ÖNORM K2121, 18,5 cm	i 0078u	1	1		
Splitterpinzette 8 cm, Metall, rostfrei	i 0155	1	1		
Med. Einmalhandschuhe, 1 Paar, lt. ÖNORM EN455	l 99	3	5		
Spulenpflaster 2,5 cm x 5 m, reibar	p 0006r	1	2		
Pflasterstrips 72 x 19 mm, einzeln staubdicht verpackt	p 0047	20	40		
Pflaster 10 x 6 cm, einzeln staubdicht verpackt	p 0221	6	10		
Fingerling aus Kunstleder Gr. 5	v 0032	2	3		
Fingerschnellverband steril	v 0038	2	5		
Verbandpckchen "M" (3)	v 0092	2	4		
Verbandpckchen "G" (4)	v 0094	2	4		
Haft Fixierbinde 8 cm x 4 m, elastisch, kohsiv	v 0134	1	2		
Fixierbinde 6 cm x 4 m	v 0216l	2	4		
Fixierbinde 8 cm x 4 m	v 0217l	2	4		
Fixierbinde 10 cm x 4 m	v 0218l	2	4		
Verbandtuch metallisiert 40 x 60 cm, Vlies, steril	v 0506	1	3		
Kompresse 10 x 10 cm, nicht wundhaftend, steril	v 0585	6	15		
Dreiecktuch aus Vliesstoff	v 0725	2	4		
Notfallbeatmungstuch	w460003	1	1		
Überprüfungspauschale	servehminimum	1	1		

Übernahme bestätigt:

Datum: