

# BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact Wöchentlicher Prüfbericht

Name der praxis: Datum der installation: Serien-Nr.: BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact

Adresse: Techniker:

Wartung (datum): Von (techniker):

Land: Standort: Softener Filter wechsel (datum):

Name des Verantwortlichen:

Frau Herr

## Der test muss nach Bespülung durchgeführt werden

Datum	Bestätigung des vorhandenes freien Chlor	Chlor Niveau	Bestätigt

**Der test muss nach Bepulung durchgeföhrt werden**

Datum	Bestätigung des vorhandendes freien Chlor	Chlor Niveau	Bestätigt

**Notize:**  
Dokument können Sie hier herunterladen: <http://www.adept-dental-water.com>