

**Wohnbereich:** \_\_\_\_\_ **Monat:** \_\_\_\_\_

- ☐ **Medikamentenkühlschrank**
**Kontrolle ist täglich durchzuführen (+2° bis +8°)**
- ☐ **Bewohnerkühlschrank**
**Kontrolle ist 1x wöchentlich durchzuführen (+4° bis +8°)**

Datum	Temperatur in °C	Hdz.	Datum	Temperatur in °C	Hdz.

Reinigung des Kühlschranks 14 tägig	Datum: _____
	Datum: _____