

Anlage E: Deckblatt Medizinproduktebuch

Geräteart: _____

Typ/Modell: _____

Serien- Nr.: _____

Standort: _____ Inventar-Nr.: _____

Kennnummer der benannten Stelle: CE- _____ Risikoklasse gemäß MPG: _____

	Hersteller	Lieferant
Firma	_____	_____
Strasse	_____	_____
PLZ / Ort	_____	_____
Land	_____	_____
Telefon	_____	_____
Ansprechpartner	_____	_____

Weitere Zusatzgeräte bitte hier eintragen:

Bezeichnung	Modell/Typ	Serien- Nr.

Instandhaltungstermine

- Sicherheitstechnische Kontrollen (STK) vorgeschrieben

Prüffrist (in Monaten) _____

- Messtechnische Kontrollen (MTK) vorgeschrieben

Prüffrist (in Monaten) _____

- BGV A3 vorgeschrieben

Prüffrist (in Monaten) _____

- Sonstige Instandhaltungsmassnahmen vorgeschrieben (Inspektionen, Wartungen)

Art der Instandhaltungsmassnahme: _____

Prüffrist (in Monaten) _____

Instandhaltungsverträge

Es besteht ein Instandhaltungsvertrag Laufzeit: von _____ bis _____

Art des Instandhaltungsvertrages: _____

Auftragnehmer/Firma: _____

Intervall (in Monaten) _____ Nächste Instandhaltungsmaßnahme am: _____

Inbetriebnahme einschließlich Funktionskontrolle (zwingend bei Anlage 1 Geräten)

Datum der Inbetriebnahme: _____ Garantie bis: _____

Durchführender der Inbetriebnahme Name _____

und der Ersteinweisung Firma _____

Funktionskontrolle
in Ordnung

Gebrauchsanweisung
vorhanden

Ersteingewiesene Personen (beauftragte Person gem. §5 MPBetreibV):

Name

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Inbetriebnehmenden (Einweisenden)