Anlage I

Einweisungsnachweis, gerätebezogen

Geräteart _____ Standort/ Abteilung _____

Typ/Modell _____

Hersteller _____

Die/Der Einweisende bestätigt mit seiner Unterschrift, daß die entsprechenden Personen von ihr/ihm anhand der Gebrauchsanweisung in die Anwendung des o.g. Medizinproduktes eingewiesen wurden.

Die/Der Eingewiesene bestätigt mit seiner Unterschrift, daß sie/er entsprechend eingewiesen wurde.

Datum	Einweisende(r)	Unterschrift	Eingewiesene(r)	Unterschrift