



Nachweis der Einweisung in die Anwendung eines Medizinproduktes gemäß Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV)

Nur leserlich und vollständig ausgefüllte Formulare werden akzeptiert. Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.
Nachweise per E-Mail an einweisung.mt@medfacilities.de oder per Fax 85423 an die Medizintechnik!

Herstellereinweisung ☐	Folgeeinweisung ☐	Gerätebeauftragter:
---	--	---------------------

*ID-Nummer (silberner Aufkleber) oder SN	Geräteart (z.B. Infusionspumpe)	*Gerätetyp (gem. Typenschild)	*Softwarestand (nicht vorhanden oder nicht einweisungsrelevant N.V.)	*Hersteller (gem. Typenschild)

Beauftragte Personen (Folgeeinweiser) sind durch die Abteilungsleitung zu benennen und nach der Herstellereinweisung berechtigt in das oben aufgeführte Gerät einzuweisen

*Name, Vorname (in Druckbuchstaben)	*Personalnr.	*Unterschrift der Leitung	*Unterschrift der beauftragten Person

Eingewiesene Personen sind Anwender!

MPBetreibV-Anlage-1-Geräte dürfen durch die hier aufgeführten Personen nicht weiter eingewiesen werden!

*Name, Vorname (in Druckbuchstaben)	*Personalnr.	Kostenstelle	*Unterschrift des Anwenders

Es sind die Gebrauchsanweisungen, sowie alle Sicherheitsinformationen zu dem jeweiligen Typ zu berücksichtigen. Der Unterzeichner bestätigt die Richtigkeit der Angaben.

Die Einweisung wurde durchgeführt von

*Name, Vorname (in Druckbuchstaben)	
*Name der Firma (bei Herstellereinweisung)	*Personalnummer (bei Folgeeinweisung)
*Datum:	*Unterschrift: