

## Nachweis der Einweisung in die Benutzung 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](mailto:einweisung.mt@medfacilities.de) oder per Fax 85423 an die Medizintechnik!

Herstellereinweisung <input type="checkbox"/>	Folgeeinweisung <input type="checkbox"/>	Webinar <input type="checkbox"/>	Gerätebeauftragte/r:
---	--	----------------------------------	----------------------

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

**Beauftragte Personen (Folgeeinweiser) sind durch die Abteilungsleitung bzw. Oberärztin /Oberarzt zu benennen (Unterschrift der Leitung) und nach der Herstellereinweisung berechtigt in das oben aufgeführte Gerät einzuweisen**

*Name, Vorname <i>(in Druckbuchstaben)</i>	*Personalnr.	*Unterschrift der Leitung	*Unterschrift der beauftragten Person

**Eingewiesene Personen sind Benutzer!**

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

*Name, Vorname <i>(in Druckbuchstaben)</i>	*Personalnr.	Kostenstelle	*Unterschrift des Benutzers

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

**Die Einweisung wurde durchgeführt von**

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