EINWEISUNGS- UND ÜBERGABEPROTOKOLL MEDIZINPRODUKTEBUCH
(gemäß MPBetreibV)

BETREIBERANGABEN (Firmenstempel):

Adresse/Firma/Organisation/Betreiber/Name

Straße/Nr./

PLZ Ort

Name der VERANTWORTLICHEN Person

Telefon Handy

E-Mail Adresse

Standort

Inventarnummer

Betriebliche Zuordnung

ART DES BETREIBERS (bitte ankreuzen)

- ☐ Firma
- ☐ Kommunen
- ☐ Verein
- ☐ Hilfsorganisation
- ☐ Klinik / Praxis
- ☐ Schule / Hochschule
- ☐ Hotel
- ☐ Behörde
- ☐ Privatperson

☐ **MIT DER VERÖFFENTLICHUNG DES AED-STANDORTES EINVERSTANDEN**

ÜBERGABEBESTÄTIGUNG DURCH BETREIBER

Auf die Anwendung und Einhaltung der **Gebrauchsanweisung** des Herstellers wurde **ausdrücklich hingewiesen.** ☐

Die **Gebrauchsanweisung** wurde übergeben. ☐

Das Medizinprodukt wurde **komplett** und **einsatzbereit** übergeben. ☐

Der Betreiber wurde über das **notwendige Verhalten bei Mängeln und der Art und Weise von diesbezüglichen Meldungen in Kenntnis gesetzt.** Vorkommnisse, Funktionsstörungen und wiederholte Bedienungsfehler müssen **schriftlich dokumentiert** und folgenden Stellen gemeldet werden: ☐

Vorname, Name des **SICHERHEITS- oder MEDIZINPRODUKTE-VERANTWORTLICHEN**

Vorname Name

Unterschrift Datum

GERÄTE/SYSTEM STAMMDATEN (EINZELN für JEDES Produkt)

HERSTELLER (ankreuzen oder eintragen falls abweichend)

DEFIBRILLATOR ☐

ANDERE ☐

MPG-Klasse ☐ CE Kenn-Nr:

GERÄTE/PRODUKTDETAILS

Seriennummer Gerät

Lot Nr. Batterie

Batterie Ablaufdatum

Lot Nr. Pads Ablaufdatum

Andere Ablaufdatum

Anschaffungs-Jahr Nächste Überprüfung

FUNKTIONSPRÜFUNG BEI INBETRIEBNAHME DURCH EINWEISER

Auf die Anwendung und Einhaltung der **Gebrauchsanweisung** des Herstellers wurde **ausdrücklich hingewiesen.** ☐

Die **Gebrauchsanweisung** wurde übergeben. ☐

Das Medizinprodukt wurde **komplett** und **einsatzbereit** übergeben. ☐

Informationen zum **Einweiser:**

Firma

Vorname Name

Unterschrift Datum

EINWEISUNG (weitere Teilnehmer)

Erfolgte durch den Medizinproduktebeauftragten des Herstellers

Datum	Vorname	Nachname