

Medizinproduktebuch / Betriebsbuch für Defibrillator



Einweisungs- / Übergabe- / Erstinbetriebnahme- Protokoll- / Buch für Defibrillatoren

Kunde / Betreiber:

Lieferant:

Medizinproduktebuch / Betriebsbuch für Defibrillator

AED-Unterweisung / interne Schulung:

Auftraggeber:

Kd.-Nr.:

Adresse:

Datum:

Objekt

Zeit: von _____ bis _____ **Seite** ___1___ von ___1___

Thema: Der Gerätebeauftragte für den Defibrillator wurde heute eingewiesen zu folgenden Themen: Geräteanwendung, Betriebsanweisung, monatliche Sichtprüfung, Reinigung, Wechseln von Batterie und Elektroden.

Die Unterweisung führte durch: _____

Anlass:

Unterweisung AED-Gerätebeauftragter

Defibrillatortyp / Hersteller: _____

Teilnehmer der Unterweisung AED Gerätebeauftragter:

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass mir von der _____ die Unterweisungsthemen verständlich erklärt wurden und ich den Inhalt verstanden habe.

Mir ist bekannt, dass ich nach meinen Möglichkeiten sowie gemäß dieser Unterweisung und weiteren Weisungen für meine und anderer Menschen Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen habe.

Nr.:	Name, Vorname:	Abteilung:	Unterschrift:
1			
2			
3			

Verantwortlich für die Durchführung: _____

Unterschrift Medizinprodukteberater / Techniker

Medizinproduktebuch / Betriebsbuch für Defibrillator

Interner Betreiber Prüfbericht: Defibrillator

Monatliche Funktions- und Sichtprüfung:

Objekt: _____

Adresse: _____ **Standort:** _____

Jahr: _____ Die monatliche Prüfung muss vom Eigentümer/ Betreiber durchgeführt werden

1. Sicht- und Funktionsprüfung
2. Systembetriebsbereitschaft OK (Anzeige OK)
3. Weitere Prüfpunkte laut Herstellerangaben/ Bedienungsanleitung

Nr. des Defibrillators: _____ Haltbarkeit der Batterie: _____

Haltbarkeit der Elektroden 1: _____ Haltbarkeit der Elektroden 2: _____

Defi-Geräteverantwortlicher: _____

Hinweis: Sollten Unregelmäßigkeiten auftreten oder der Defibrillator nicht funktionieren, informieren Sie aus Sicherheitsgründen umgehend den Lieferanten bzw. den Kundendienst!

Monat	Ok	Nicht Ok, weil	Datum	Unterschrift
Januar				
Februar				
März				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Dezember				

Bemerkungen:

Medizinproduktebuch / Betriebsbuch für Defibrillator

Jährliche Funktions- und Sichtprüfung durch eine Fachfirma:

Objekt: _____

Adresse: _____ **Standort:** _____

Jahre:	Ok	Nicht Ok, weil	Datum	Unterschrift
1. Jahr				
2. Jahr				
3. Jahr				
4. Jahr				
5. Jahr				
6. Jahr				
7. Jahr				
8. Jahr				
10. Jahr				

STK-Prüfung alle 2 Jahre durch eine zugelassene Firma:

Objekt: _____

Adresse: _____ **Standort:** _____

Jahr:	Ok	Nicht Ok, weil	Datum	Unterschrift
2 Jahre				
4 Jahre				
6 Jahre				
8 Jahre				
10 Jahre				