

**Anlage zur Bestell-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Positions-Nr.:** \_\_\_\_\_

Dieses Formular ist vom Lieferanten auszufüllen und **der Rechnung beizufügen!**  
 - Rechnungsanschrift siehe Formulkopf -  
 da sonst eine Begleichung der Rechnung nicht erfolgen kann.

**1 Gerätestammdaten – allgemeine Angaben**

Ident-Nr.: \_\_\_\_\_  
(vergift das Klinikum)

Gerätebezeichnung: \_\_\_\_\_ Baujahr: \_\_\_\_\_  
 Modell/Typ: \_\_\_\_\_ CE-Kennzeichnung (benannte Stelle): \_\_\_\_\_  
 Seriennummer: \_\_\_\_\_ Installierte Software: \_\_\_\_\_  
 Bedienungsanleitung: Version: \_\_\_\_\_ Softwareversion: \_\_\_\_\_

- liegt bereits vor
  - gesendet an gebrauchsanweisung@uk-erlangen.de
  - im Internet unter http://\_\_\_\_\_
- (für weitere installierte Softwarepakete Beiblatt verwenden)

Angaben des Herstellers:  
(oder Verantwortlichen in EU)

Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
 Name und Telefonnummer des Sicherheitsbeauftragten gem. § 30 MPG (falls med. Einsatz): \_\_\_\_\_

**Instandhaltung (wiederkehrende Prüfungen):**  keine

- sicherheitstechnische. Kontrollen gem. §11 MPBetreibV alle \_\_\_\_\_ Monate
- messtechnische Kontrollen gem. §14 MPBetreibV alle \_\_\_\_\_ Monate
- Kontrollen gem. EN 62353 (DIN VDE 0751-1) alle \_\_\_\_\_ Monate
- Wartung alle \_\_\_\_\_ Monate
- Sonstige Prüfungen gem.  StrlSchV  DruckbehV  \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ Monate

**Für Umfang und Fristen wiederkehrender Prüfungen bitte Beiblatt beilegen!**  
 Anzahl der Beiblätter (insbesondere UVV): \_\_\_\_\_  keine

**2 Klassifizierung (MPG)**  Nicht medizinischer Einsatz  Medizinischer Einsatz:  MP  IVD

**3 Interne Speicherung von Patientendaten (gem. EN 80000-1)**

- Kein interner Datenträger vorhanden
- Keine Speicherung  Temporäre Speicherung  Permanente Speicherung

**4 Angaben zur Übergabe und Ersteinweisung**

Die Funktionsprüfung bei Erstinbetriebnahme erfolgte am: \_\_\_\_\_  
 durch: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Lieferant, Name)

Hierbei wurde die Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache an den Gerätebeauftragten bzw. dessen Vertreter Frau/Herrn \_\_\_\_\_ übergeben.  
 Folgende Personen wurden anhand der Gebrauchsanweisung in die Bedienung des Gerätes durch \_\_\_\_\_ eingewiesen.  
(Einweisender, Name und Funktion)

Name der eingewiesenen Person in Druckbuchstaben	Unterschrift des Eingewiesenen:

**5 Unterschrift Medizinprodukteberater**

(Beurkundet Vollständigkeit der Angaben, insbesondere Umfang der wiederkehrenden Prüfungen)

**Der Vertrag gilt erst als erfüllt, wenn alle Punkte beantwortet und die Daten vollständig sind!**