**Gerätestammdaten:**

Inventar Nr.: / Standort: ............................................................................................

Gerätetyp:............................................................................................

Serien-Nr.: ............................................................................................

Hersteller: ............................................................................................

Anschaffungsjahr: ........................

Wartungsintervalle: .......... Monate / ........... Betriebsstunden

Verwendungszweck: ............................................................................................

[ ]  Medizinprodukt [ ]  Laboreinrichtung

Geräteverantwortlicher: ................................... .......................................................

 Name in Druckschrift Unterschrift/Kürzel

**Inbetriebnahme und Einweisung der Geräteverantwortlichen in die sachgerechte Handhabung:**

Funktionsprüfung vor der ersten Inbetriebnahme:

Durchgeführt von: ..........................................................................................

 Firma / Name / Datum / Unterschrift

Geräteverantwortlicher: ............................................................

 Name / Datum / Unterschrift

Produktinformationen: [ ]  Gebrauchsanweisung [ ]  Kurzgebrauchsanweisung

 [ ]  Service Manual [ ]  Zertifikate [ ]  Sonstige

**Einweisung des Personals**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Einweisender | Eingewiesene Personen |
|  |  | Name | Unterschrift |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Instandhaltungsmaßnahmen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Maßnahme | Durchgeführt von |
|  |  | Firma | Name / Unterschrift |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  sieheServicebericht |  |  |

**Technische Kontrollen**

(Nur bei Medizinprodukten)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Ergebnis | Durchgeführt von |
|  |  |  | Firma | Name / Unterschrift |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |
|  | [ ]  ohne Mängel | [ ]  sieheServicebericht |  |  |

**Funktionsstörungen / Bedienungsfehler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Funktionsstörung | Festgestellt durch: |
|  | Kurzbeschreibung | Name | Unterschrift |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Zwischenfälle / Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse**

(Nur bei Medizinprodukten)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Zwischenfall | Meldung | Festgestellt durch: |
|  | Kurzbeschreibung |  | Name | Unterschrift |
|  |  | [ ]  Landesbehörde[ ]  BfArM[ ]  Hersteller |  |  |
|  |  | [ ]  Landesbehörde[ ]  BfArM[ ]  Hersteller |  |  |
|  |  | [ ]  Landesbehörde[ ]  BfArM[ ]  Hersteller |  |  |
|  |  | [ ]  Landesbehörde[ ]  BfArM[ ]  Hersteller |  |  |
|  |  |  [ ]  Landesbehörde[ ]  BfArM[ ]  Hersteller |  |  |
|  |  | [ ]  Landesbehörde[ ]  BfArM[ ]  Hersteller |  |  |
|  |  | [ ]  Landesbehörde[ ]  BfArM[ ]  Hersteller |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erstellt: | Name Ersteller | Datum und Unterschrift: |
| Geprüft: | Name der prüfenden Person | Datum und Unterschrift: |
| Freigegeben: | Name der freigebenden Person | Datum und Unterschrift: |