

# **Medizinproduktebuch Gemäß §12 MPBetreibV**



**Gerätebezeichnung**

---

**Inventar – Nr**

---

# Medizinproduktebuch

## Gemäß §12 MPBetreib V

### 1. Geräte - Stammdaten

Betreiber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inventar – Nummer \_\_\_\_\_

Geräteart \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung \_\_\_\_\_

Gerätetyp \_\_\_\_\_

Seriennummer (SN) \_\_\_\_\_

Hersteller XO CARE A/S  
Håndværkersvinget 6  
DK – 2970 Hørsholm  
Dänemark

Lieferant \_\_\_\_\_

Anschaffungsjahr \_\_\_\_\_

Standort bzw. betriebl. \_\_\_\_\_  
Zuordnung \_\_\_\_\_

CE – Kennzeichnung CE 2460



**2. Funktionsprüfung am Betriebsort  
Nach § 10.1 Nr. 1 MPBetreibV**

Datum \_\_\_\_\_ Name des Prüfers \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**3. Einweisungen**

**3.1 Name des Beauftragten  
Nach § 10.1 Nr. 2 MPBetreibV**

<i>Datum</i>	<i>Hersteller/Lieferant</i>	<i>Name der eingewiesenen Personen</i>	<i>Unterschrift</i>



**3.2 Einweisung von weiterer Personen  
Nach § 10.2 MPBetreibV**

Datum	Einweisender	Name der eingewiesenen Person	Unterschrift



#### **4. Instandhaltung (§7), sicherheitstechnische Kontrollen (§11) Nach MPBetreibV**

Empfohlene Instandhaltungsintervalle laut Gebrauchsanweisung

Datum	Durchgeführt durch: (Person/Firma)	Ergebnis	Bemerkungen



**5. Funktionsstörungen oder wiederholte gleichartige Bedienungsfehler  
Nach § 12.2 Nr. 5 MPBetreibV**

Datum	Beschreibung der Art und Folgen	Name



## 6. Meldungen von Vorkommnissen an Behörden und Hersteller Nach § 12.2 Nr. 6 MPBetreibV

Datum	Beschreibung	Meldung an	Name



## Wichtige Anschriften

A) Bei Störungen zu benachrichtigen der für den Betrieb des Gerätes

Verantwortlichen

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Technischer Service

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Notruf

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

B) Gebrauchsanweisung abgelegt bei: \_\_\_\_\_

C) Bei Unfällen mit Personenschaden

Nachricht Name: \_\_\_\_\_  
an:

Telefon: \_\_\_\_\_

