|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z. B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1 zur MPBetreibV, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.

|  |
| --- |
| Praxis |
|  |
|

**Einweisung in die übrigen aktiven, nicht-implantierbaren Medizinprodukte\* (z.B. Behandlungseinheit) gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

**Bezeichnung des Medizinproduktes:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eingewiesene Mitarbeiter** | | | **Datum der Einweisung** | **Einweisende Person** | | |
| ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** | ***Nachname*** | ***Vorname*** | ***Unterschrift*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Nicht gemeint sind die aktiven Medizinprodukte der Anlage 1, deren Geräteeinweisung wird im Medizinproduktebuch dokumentiert.