**Checkliste für den Neukauf einer Behandlungseinheit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Behandlungseinheit:** | **Ja** | **Nein** | *Bemerkung:* |
| **Bauliche Voraussetzungen:** |  |  |  |
| Mechanische Abmessungen der Behandlungseinheit im  installierten Zustand (Höhe x Breite x Tiefe) bekannt? |  |  |  |
| Ausreichende Raumgröße vorhanden? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Technische Voraussetzungen:** |  |  |  |
| CE-Zeichen gemäß aktueller Europäischer Medizinprodukte- verordnung (Verordnung (EU) 2017/745 (EU-MDR)) vorhanden? |  |  |  |
| Technische Spezifikationen (aus der aktuellen Gebrauchsanweisung des Herstellers) bekannt und umsetzbar? |  |  |  |
| Können beispielsweise die vom Hersteller in seiner Gebrauchsanweisung definierten Umgebungsbedingungen eingehalten  werden? |  |  |  |
| - Allgemeine Betriebsbedingungen? |  |  |  |
| - Netzspannung und -frequenz? |  |  |  |
| - Nennstrom inkl. Sicherungsart? |  |  |  |
| - Stromverbrauch? |  |  |  |
| - Wasserzufuhr (Druckbereich, Durchflussrate,   Qualität (Härte, °dH), pH-Wert? |  |  |  |
| - Sicherungseinrichtung/Rückflussverhinderer (DIN EN 1717,   DVGW CERT) vorhanden? |  |  |  |
| - Leitfähigkeit des Wassers? |  |  |  |
| - Chloridgehalt des Wassers? |  |  |  |
| - Luftzufuhr (z. B. Druckbereich, Durchflussrate, Qualität)? |  |  |  |
| - Wasser- und Luftfilter laut Herstellerangaben (Gebrauchs-  anweisung)? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Sicherheit und Einweisung:** |  |  |  |
| Liegt die aktuelle aktuellen Gebrauchsanweisung des Herstellers vor? |  |  |  |
| Erfolgt eine Einweisung in die Bedienung und Funktionen der  Behandlungseinheit durch den Hersteller bzw. Handel? |  |  |  |
| Sind die Sicherheitshinweise des Herstellers bekannt und können diese eingehalten werden? |  |  |  |
| Medizinprodukteseitige Verträglichkeiten (z. B. elektromagnetische Verträglichkeit) bekannt? |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Behandlungseinheit:** | **Ja** | **Nein** | *Bemerkung:* |
| **Wartung (Herstellerangaben in der Gebrauchsanweisung):** |  |  |  |
| Wartung erforderlich (Gebrauchsanweisung)? |  |  |  |
| Wartungsintervall bekannt? |  |  | Intervall: |
| Wer darf die Wartung durchführen (Gerätehersteller, Depot)? |  |  | Wer? |
| Wartung inklusive Einbau des Hersteller-Wartungs-Kit? |  |  |  |
| Kosten für die Wartung? |  |  | Kosten: |
|  |  |  |  |
| **Aufbereitung (Pflege, Reinigung und Desinfektion):** |  |  |  |
| Aufbereitungsangaben des Herstellers bekannt? |  |  |  |
| Sind beispielsweise die vom Hersteller in seiner Gebrauchs- anweisung definierten Angaben zum Absaugsystem und zu den  Wasser führenden Systemen bekannt? |  |  |  |
| Automatische Durchspülfunktion vor Arbeitsbeginn für 2 Minuten vorhanden? |  |  |  |
| - Anforderungen an das Reinigungs- und Desinfektionsmittel |  |  | Produkt: |
| - konstante Wasserdesinfektion |  |  |  |
| - Intensiventkeimung z. B. über das Wochenende |  |  | Produkt: |
| - Abwasserhygiene |  |  |  |
| - Absaugschläuche |  |  |  |
| Pflege der Polster bekannt? |  |  | Produkt: |
| Gibt es Vorgaben an das Produkt zur Flächenwischdesinfektion? |  |  | Produkt: |
|  |  |  |  |
| **Weitere zu beachtende Punkte:** |  |  |  |
| Bis zu welchem Datum ist die Beschaffung von Ersatzteilen durch den Hersteller sichergestellt? |  |  | Datum: |
| Maximal erlaubtes Patientengewicht bekannt (Behandlung  adipöser Patienten)? |  |  | Patient (kg):  Zubehör (kg): |
| Informationen zum erwarteten Energieverbrauch vorhanden? |  |  | kWh/Jahr: |
| Wasserversorgung über die Trinkwasserleitung? |  |  |  |
| Wasserversorgung über ein herstellerseitiges oder ein vom  Hersteller genehmigtes Bottle-System für alle Entnahmestellen der Behandlungseinheit? |  |  |  |
| Möglichkeit der autarken Wasserversorgung für den Fall eines  „Trinkwasser-Abkochgebots“ vorhanden? |  |  |  |
| Zusatzelemente für die Patientenbehandlung (z. B. UV-Lampe, Kochsalzanschluss für außengekühltes Winkelstück, Wasser-Luft-Spritze, intraorale Kamera, Pulverstrahlgerät, Endo-Motor, ZEG, Röntgen) vorhanden bzw. möglich? |  |  |  |
| Sind Elemente der Einheit (z. B. Wasser-Luft-Spritze, intraorale Kamera, Antriebsschlauch mit Mikromotor) einfach abnehmbar? |  |  |  |
| Umgang mit dem Amalgamabscheider bekannt? |  |  |  |
| Stand-Alone-Behandlungseinheit (nur Stromanschluss) geplant? |  |  |  |
| Behandlungsstuhl mit mobiler Absauganlage und mobilem  Behandlungscart (mit Bottle-System)? |  |  |  |