



### Testbericht zur Probestellung

Klinik/Bereich/Station/Abteilung: \_\_\_\_\_

Produkt: \_\_\_\_\_

Hersteller/Anbieter: \_\_\_\_\_

Name des Vertreters: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Probezeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Der Einsatz erfolgte bei wie vielen Patienten? \_\_\_\_\_

Der Einsatz erfolgte aufgrund welcher Erkrankung (nur entscheidende Diagnosen benennen)?  
\_\_\_\_\_

#### Teilnehmer:

Name	Funktion

#### Beurteilung des Produktes aus Sicht des Testers:

sehr gut  
 gut  
 ausreichend      Begründung: \_\_\_\_\_

unzureichend      Begründung: \_\_\_\_\_

#### Handhabbarkeit Hardware:

sehr gut  
 gut  
 ausreichend      Begründung: \_\_\_\_\_

unzureichend      Begründung: \_\_\_\_\_



<u>Bedienbarkeit:</u>	
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend	Begründung: _____
<input type="checkbox"/> unzureichend	Begründung: _____
<u>Bildqualität:</u>	
<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend	Begründung: _____
<input type="checkbox"/> unzureichend	Begründung: _____

Schlussfolgerung Klinik- / Bereichsleiter

Einsatz wünschenswert:     ja         nein

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift  
(des Testers/der Tester)