

ID-Nr.: _____
Ser.Nr.: _____

Medizinproduktebuch

gemäß § 12 MPBetreibV

Betreiberadresse

Krankenhaus Seehausen gGmbH

Standort: _____
Bereich: _____
Verantwortlicher: _____

Hersteller

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

Lieferant

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

MP – Identifikation oder Stammdaten

MP - Bezeichnung: _____
MP - Typ/Modell: _____
Seriennummer: _____ ID-Nr.: _____
CE-Zeichen: _____ UDI-Nr.: _____ Katalognr.: _____
Software-Version: _____
Zuordnung Risikoklasse (ankreuzen): <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> III
Zuordnung nach MPBetreibV (ankreuzen): <input type="radio"/> Anlage 1 <input type="radio"/> Anlage 2 <input type="radio"/> Anlage 1+2

zulässiger Betrieb /Kombination (einschl. Software, verbundene MP, Zubehör)

<u>MP-Bezeichnung</u>	<u>MP-Typ/Modell</u>	<u>Seriennummer</u>	<u>Verbrauchsmittel/Zubehör mit Art.Nr.</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____