

Gültigkeit/Verteiler:

X													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Einweisungsnachweis, gerätebezogen

Geräteart _____ Standort/
 Abteilung _____

Typ/Modell _____

Hersteller _____

Die/Der Einweisende bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die entsprechenden Personen von ihr/ihm anhand der Gebrauchsanweisung in die Anwendung des o.g. Medizinproduktes eingewiesen wurden.

Die/Der Eingewiesene bestätigt mit seiner Unterschrift, dass sie/er entsprechend eingewiesen wurde und die Gebrauchsanweisung verstanden hat.

Datum	Einweisende(r)	Unterschrift	Eingewiesene(r)	Unterschrift