BEXAMED®
Medizintechnik rettet Leben

# Einweisungsprotokoll

Firma: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Abteilung: _____

**BEXAMED® GmbH**
Bremer Straße 54
90765 Fürth
**Tel.:** +49 (0) 911/ 97 11 98 - 0
**Fax:** +49 (0) 911/ 97 11 98 - 22
**Mail:** info@bexamed.de
**Web:** www.bexamed.de

| Gerätebezeichnung: | Beschreibung: |
|---|---|
| | |
| **Zubehör:** | **Seriennummer:** |
| | |
| **Beauftrager für Medizinproduktesicherheit:** | **Einweisender:** |
| | |
| **Unterschrift Geräteverantwortlicher:** | **Erstinbetriebnahme erfolgt (Datum + Unterschrift):** |
| | |

**Eingewiesen nach §10, Abs.1, Satz 1, Nr. 2 der MPBetreibV:**

| Abteilung: | Name der eingewiesenen Person (in Druckschrift): | Datum: | Unterschrift Eingewiesene Person: | Unterschrift Einweisender: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |