

GERÄTESTAMMDATENBLATT

Bestellnummer VIVANTES:	Datum der Bestellung:
Bestellwert inkl. Mwst.	Klinikum:
Klinik:	Kostenstelle:

Die Beantwortung dieses Formulars ist Bestandteil des Auftrages und vom Auftragnehmer ausgefüllt spätestens mit der Lieferung der Bestellung der Medizintechnik auszuhändigen.

Anlagen / Gerätebezeichnung	Gerätetyp / Modell	Seriennummer	Baujahr

ZUGEHÖRIGE GERÄTE : (Z:B: VIDEOREKORDER,PRINTER,MONITORE,)

Gerätebezeichnung	Gerätetyp / Modell	Seriennummer	Bau- jahr	Einzelpreis

	Name	Anschrift	Telefon / Fax
Hersteller:			
Kundendienst:			
Lieferant:			
Verantwortlicher für Medizinprodukte gem. § 7 MPG			

Spannung: _____ V **Strom:** _____ A **Leistung:** _____ W

Sonstige Medien:

Schutzklasse: I II III

Anwendungstyp: B BF CF

CE- Kennzeichnung nach MPG : Kennnummer der Benannten Stelle :

MPG - Klassifizierung: _____ DIMDI – Kennung:

ERSTGEMESSENE WERTE:

	Istwert	Grenzwert
Isolationswiderstand		
Schutzleiterwiderstand		
Erdableitstrom		
Ersatz - Gehäuseableitstrom		
Ersatz - Patientenableitstrom		

WIEDERKEHRENDE PRÜFUNGEN und WARTUNGEN:

Art der Prüfung / Wartung	Intervall in Monaten	Bemerkungen
Sicherheitstechnische Kontrolle		
Messtechnische Kontrolle		
Vorgeschriebene Wartungen		
Sonstige Maßnahmen		

Datum / Unterschrift / Firmenstempel:
