

# ANMELDUNG

zur MTK / STK / Wartung / Reparatur



**!!! Bitte beachten Sie auch Seite 2 > Formular „Desinfektions- & Reinigungsnachweis“**

Kundennummer (falls bekannt) D-

Firmenname / Name / Organisation \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Fax-Nummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Durchzuführende Arbeit(en)  MTK  STK  Wartung  Reparatur

Kostenvoranschlag

Hersteller \_\_\_\_\_ Baujahr \_\_\_\_\_

Anzahl \_\_\_\_\_

Typ \_\_\_\_\_

Seriennummer(n) \_\_\_\_\_

Medizinproduktebuch  Ja  Nein

Zubehör \_\_\_\_\_

Fehlerbeschreibung \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns für jedes medizinische Gerät Ihr vorhandenes Zubehör mit, wie z. B. Kabel, geladene Akkus, Tasche, Paddels, eventuell Ladestation!  
Bei der Rücksendung von mit Lithium-Ionen-Batterien betriebenen Geräten müssen diese gemäß der **SV 188 ADR vor dem Versand an uns aus dem Gerät entnommen werden**.  
Senden Sie diese bitte separat zum Gerät mit.

Bitte denken Sie auch daran, das **Medizinproduktebuch** beizulegen (soweit es zu führen ist).

Bemerkungen \_\_\_\_\_

Bitte setzen Sie sich mit mir telefonisch in Verbindung Telefonnummer \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# DESINFEKTIONS- & REINIGUNGSNACHWEIS



Bitte füllen Sie das Formular für jedes eingesandte Gerät aus und legen es der Sendung bei!

Kundennummer (falls bekannt)

D-

Firmenname / Name / Organisation

Ansprechpartner/in

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Straße/Hausnr.

PLZ, Ort

Gerätebezeichnung

Hersteller

Seriennummer

Das Gerät wurde mit einem zugelassenen und RKI-gelisteten Desinfektionsmittel fachgerecht desinfiziert.

Hersteller

Produktname / Produktbezeichnung

Konzentration der Desinfektionslösung

Einwirkzeit

Minuten

Die Desinfektion wurde durchgeführt von (Angaben bitte in Druckbuchstaben)

Vorname

Nachname

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die ordnungsgemäße Durchführung der Desinfektion und Reinigung am oben genannten Gerät gemäß der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.

Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift