

Anmeldung zur MTK / STK / Wartung / Reparatur

Bitte beachten Sie auch Seite 2 »Desinfektions- & Reinigungsnachweis«

Kundennummer (falls bekannt) _____

Firma / Organisation / Name _____

Ansprechpartner:in _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Durchzuführende Arbeit(en) MTK STK Wartung Reparatur

Kostenvoranschlag

Hersteller _____ Baujahr _____

Anzahl _____

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 (sofern es zu führen ist).

Anmerkungen _____

Bitte setzen Sie sich telefonisch mit mir in Verbindung Telefon _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Senden Sie uns die Formulare vorab per Fax oder per E-Mail (Scan als PDF) und legen Sie Ihrer Paketsendung eine Kopie der ausgefüllten und unterschriebenen Formulare bei.

MediCARE Biomedizintechnik GmbH • Auf Bösselhagen 9 • 31515 Wunstorf • Telefon +49 (0) 5031 51707-10 •
info@medicare-mt.de
Stand: Juli 2024

Desinfektions- und Reinigungsnachweis

Ihre Daten

Firma / Organisation / Name _____

Ansprechpartner:in _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Gerätebezeichnung _____

Hersteller _____

Seriennummer _____

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

Hersteller _____

Produktname / -bezeichnung _____

Konzentration der Desinfektion _____

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.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Senden Sie uns die Formulare vorab per Fax oder per E-Mail (Scan als PDF) und legen Sie Ihrer Paketsendung eine Kopie der ausgefüllten und unterschriebenen Formulare bei.

MediCARE Biomedizintechnik GmbH • Auf Bösselhagen 9 • 31515 Wunstorf • Telefon +49 (0) 5031 51707-10 •
info@medicare-mt.de
Stand: Juli 2024