

Einweisungsnachweis Medizingeräte gem. MPBetreibV

Mitarbeiter/In:

Nachname: _____

Vorname: _____

Funktionsbereich: _____

Friedhofstraße 34
30453 Hannover

Telefon 05 11 – 47 38 38 01
Mobil 01 60 – 47 38 38 0

info@bjoern-henneke.de
www.bjoern-henneke.de

*Der Mitarbeiter leitet den unterschriebenen Einweisungsnachweis an seinen Arbeitgeber weiter.
Das Original bleibt beim Mitarbeiter.

.....

Vom Einweiser auszufüllen:

Einweisungsfirma / Organisation

Einweiser / Position

Geräteart

Typ / Hersteller / Bautyp

Die Einweisung hat am _____
Datum

in Zeit von _____ bis _____ stattgefunden.
Uhrzeit Uhrzeit

Der Einweiser bestätigt mit seiner Unterschrift die fachgerechte Einweisung nach dem gültigen MPG.

Ort, Datum

Unterschrift Einweisers **und** Stempel Organisation