

**Einweisungsnachweis  
Medizingeräte gem. MPBetreibV**



**Mitarbeiter/In:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Funktionsbereich: \_\_\_\_\_

Friedhofstraße 34  
30453 Hannover

Telefon 0511 – 4738 3801  
Mobil 0160 – 4738 380

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