

Der Auftrag ist nur rechtswirksam, wenn uns dieses Schreiben mit vollständigen Angaben und bestätigt vorliegt.

Bitte alle Felder ausfüllen ↓

Bestellnummer:	
Name der für die Angaben verantwortlichen Person:	
Herstellername:	
Lieferantenname:	
Telefonnummer:	
Rufnummer bei Produktrückfragen:	
Kundendienst Kontaktinformationen:	
Adresse:	
Gerätebezeichnung nach DIMDI-Verordnung:	
Typbezeichnung:	
Hersteller Seriennummer:	

1. Ist das o. a. Produkt im Sinne des ersten Abschnitts §3 des MPG ein Medizinprodukt? ja nein

2. CE-Nummer: _____

3. Zweckbestimmungsbeschreibung des Medizinproduktes:

4. Muss das Medizinprodukt sicherheitstechnisch kontrolliert (STK) werden? ja* nein

Ist das Medizinprodukt nach Anlage 1 MPBetreibV deklariert? ja* nein

*Bei ja bitte ausfüllen

Fristen der Sicherheitstechnischen Kontrolle (in Monate): _____

5. Muss das Produkt messtechnisch Kontrolliert (MTK) werden? ja* nein

Ist das Medizinprodukt nach Anlage 2 MPBetreibV deklariert? ja* nein

*Bei ja bitte ausfüllen und beachten:

Fristen der Messtechnischen Kontrolle (in Monate): _____

→ **Messprotokolle** STK/MTK für das Produkt sind, inklusive Angaben von Toleranzen, beizufügen!

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG	Formular
	MPG - Blatt

6. Ist das Medizinprodukt für den Laborbereich (in vitro) bestimmt? ja nein

7. Handelt es sich um ein anderes Medizinprodukt als 4, 5 oder 6? ja nein

8. Aktueller Softwarestand: _____

9. Letzter einweisungspflichtiger Softwarestand: _____

10. Ist das Medizinprodukt netzwerkfähig? ja nein

11. Mac-Adresse _____

12. Ist das Medizinprodukt datenschutzrelevant (DSGVO)
Können personenbezogene Daten gespeichert werden? ja nein

Ich bestätige, dass oben gemachte Angaben vollständig und richtig sind.

Datum

Unterschrift