

Bestandsverzeichnis gemäß § 13 MPBetreibV

Angaben zur Gesundheitseinrichtung

| Erläuterungen | |
|---------------|--|
| Betr.-ID | Betriebliche Identifikationsnummer |
| MP | Medizinprodukt |
| MPBetreibV | Medizinprodukte-Betreiberverordnung |
| MDR | Verordnung (EU) 2017/745 (engl.: Medical Device Regulation) |
| BS | Benannte Stelle |
| STK | Sicherheitstechnische Kontrolle für MP der Anlage 1 der MPBetreibV |
| MTK | Messtechnische Kontrolle für MP der Anlage 2 der MPBetreibV |
| DGUV-V3 | DGUV Vorschrift 3 / DIN 62353 (früher BGV A3) |
| * | Angaben nur für STK gesetzlich vorgeschrieben. Weitere Angaben können sinnvoll sein. |
| ** | Angaben sind gesetzlich nicht vorgeschrieben, jedoch sinnvoll. |

| Betr.-ID | Bezeichnung | Art und Typ des MP | Loscode oder die Seriennummer | Anschaffungsjahr (ggf. Datum der Ausmusterung**) | Verantwortlicher gemäß MDR Artikel 2 Nr. 30 (Hersteller) und Nr. 32 (Bevollmächtigter) mit Anschrift | Kennnummer der BS hinter dem CE-Zeichnung | Standort | Wiederkehrende Prüfungen: STK/MTK*/DGUV-V3* | |
|----------|-------------|--------------------|-------------------------------|---|--|---|----------|--|-------|
| | | | | | | | | Art | Frist |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| Betr.- ID | Bezeichnung | Art und Typ des MP | Loscode oder die Serien- nummer | Anschaf- fungsjahr (ggf. Datum der Ausmüste- rung**) | Verantwortlicher gemäß MDR Artikel 2 Nr. 30 (Hersteller) und Nr. 32 (Bevollmächtigter) mit Anschrift | Kennnummer der BS hinter dem CE- Zeichnung | Standort | Wiederkehrende Prüfungen: STK/MTK*/DGUV-V3* Art Frist | |
|--------------|-------------|--------------------------|--|--|--|---|----------|---|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|