

# Anmeldung zur MTK / STK / Wartung / Reparatur

Bitte beachten Sie auch Seite 2 » „Desinfektions- & Reinigungsnachweis“

Kundennummer (falls bekannt) **D-** \_\_\_\_\_

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.

medida GmbH & Co. KG • Carl-Benz-Str. 18 • 68649 Groß-Rohrheim • Telefon 0 62 45 . 29 72-0 • mail@medida.de  
Stand: September 2024

**medida**<sup>®</sup>  
Notfallausrüstung

# 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 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.

medida GmbH & Co. KG • Carl-Benz-Str. 18 • 68649 Groß-Rohrheim • Telefon 0 62 45 . 29 72-0 • mail@medida.de  
Stand: September 2024

**medida**<sup>®</sup>  
Notfallausrüstung