

# Übergabeprotokoll für **Beatmungsgerät** nach § 5 MPBetreibV

Bitte Protokoll und Durchschläge weiterleiten:

1. Ausfertigung: **Betreiber**
2. Ausfertigung: **Lieferant**
3. Ausfertigung: **Löwenstein Medical  
Technology GmbH + Co. KG  
Kronsaalweg 40 · 22525 Hamburg**

AB.-Nr.: .....

Hersteller: **Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG**

Lieferfirma: .....

Einweisender: .....

Lieferdatum: .....

Geräteart: **Beatmungsgerät**

Gerätetyp: ..... Geräte-Nr.: ..... Baujahr: .....

Lieferumfang: ..... Artikel-Nr.: .....

Betreiber (Firma / Dienststelle): ..... Tel.-Nr.: .....  
(Bitte genaue Anschrift angeben) ..... Fax-Nr.: .....

Gerätestandort (Klinik / Homecare): ..... Tel.-Nr.: .....  
(Bitte genaue Anschrift angeben) ..... Fax-Nr.: .....

Eingewiesener: .....

**Das Gerät wurde betriebsbereit mit den technischen Unterlagen geliefert:**

- Gebrauchsanweisung
- Medizinproduktebuch

Bemerkungen: .....

.....

- Funktionsprüfung beim Betreiber durchgeführt am: .....
- Einweisung in die Handhabung durchgeführt am: .....
- Einweisung in die Handhabung nicht durchgeführt, da Geräte gleichen Typs im Einsatz

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreiber/Eingewiesener

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hersteller/Lieferant/Einweisender

# Übergabeprotokoll für **Beatmungsgerät** nach § 5 MPBetreibV

Bitte Protokoll und Durchschläge weiterleiten:

1. Ausfertigung: Betreiber
2. Ausfertigung: Lieferant
3. Ausfertigung: **Löwenstein Medical  
Technology GmbH + Co. KG**  
Kronsaalweg 40 · 22525 Hamburg

AB.-Nr.: .....

Hersteller: **Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG**

Lieferfirma: .....

Einweisender: .....

Lieferdatum: .....

Geräteart: **Beatmungsgerät**

Gerätetyp: ..... Geräte-Nr.: ..... Baujahr: .....

Lieferumfang: ..... Artikel-Nr.: .....

Betreiber (Firma / Dienststelle): ..... Tel.-Nr.: .....  
(Bitte genaue Anschrift angeben) ..... Fax-Nr.: .....

Gerätestandort (Klinik / Homecare): ..... Tel.-Nr.: .....  
(Bitte genaue Anschrift angeben) ..... Fax-Nr.: .....

Eingewiesener: .....

**Das Gerät wurde betriebsbereit mit den technischen Unterlagen geliefert:**

- Gebrauchsanweisung
- Medizinproduktebuch

Bemerkungen: .....

.....

- Funktionsprüfung beim Betreiber durchgeführt am: .....
- Einweisung in die Handhabung durchgeführt am: .....
- Einweisung in die Handhabung nicht durchgeführt, da Geräte gleichen Typs im Einsatz

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreiber/Eingewiesener

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hersteller/Lieferant/Einweisender

# Übergabeprotokoll für **Beatmungsgerät** nach § 5 MPBetreibV

Bitte Protokoll und Durchschläge weiterleiten:

1. Ausfertigung: Betreiber
2. Ausfertigung: Lieferant
3. Ausfertigung: **Löwenstein Medical  
Technology GmbH + Co. KG**  
Kronsaalsweg 40 · 22525 Hamburg

AB.-Nr.: .....

Hersteller: **Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG**

Lieferfirma: .....

Einweisender: .....

Lieferdatum: .....

Geräteart: **Beatmungsgerät**

Gerätetyp: ..... Geräte-Nr.: ..... Baujahr: .....

Lieferumfang: ..... Artikel-Nr.: .....

Betreiber (Firma / Dienststelle): ..... Tel.-Nr.: .....  
(Bitte genaue Anschrift angeben) ..... Fax-Nr.: .....

Gerätestandort (Klinik / Homecare): ..... Tel.-Nr.: .....  
(Bitte genaue Anschrift angeben) ..... Fax-Nr.: .....

Eingewiesener: .....

**Das Gerät wurde betriebsbereit mit den technischen Unterlagen geliefert:**

- Gebrauchsanweisung
- Medizinproduktebuch

Bemerkungen: .....

.....

- Funktionsprüfung beim Betreiber durchgeführt am: .....
- Einweisung in die Handhabung durchgeführt am: .....
- Einweisung in die Handhabung nicht durchgeführt, da Geräte gleichen Typs im Einsatz

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreiber/Eingewiesener

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hersteller/Lieferant/Einweisender