

ID-Nr.: FB-03 Störmeldeprotokoll

Geräteart	Bluterwärmungsgerät „ <i>transfusio-therm 3000</i> “
Seriennummer	
Betreiber	
Anschrift	
Standort	
Geräteverantwortlicher	

Störungsbearbeitung beim Kunden	Bearbeiter: _____ Tel.: _____ Fax.: _____	Datum:
Auftrags-Nr. des Kunden (Bitte unbedingt angeben!)		

Angaben zur Störung:

Datum:		Uhrzeit:	
Name des Bedieners:		Telefon:	
Art der Störung:			

Weitere Angaben zur Störung:

Nach Eingang der Störmeldung von der Firma EICMED GmbH auszufüllen.

Meldung an BfArm o.a. erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Änderung Risikoanalyse erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Änderung Technischer Dokumentation erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Änderung Prüfplan erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum/Unterschrift Leiter Produktion			
Datum/Unterschrift Sicherheitsbeauftragter MP			

Erstellt: Herr Arend	Geprüft: Frau Stitz	Genehmigt: Herr Dorl
Funktion: Leiter Produktion	Funktion: QMB	Funktion: GF
Datum: 17.04.2020	Datum: 17.04.2020	Datum: 17.04.2020