|  |  |
| --- | --- |
| **Enhet:** |  |
| **Datum:** |  |

**Inventariebeskrivning av medicintekniskprodukt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Produkt:** |  |
| **Inv. nr:** |  |
| **Tillverkningsår:** |  |
| **Serienummer:**  |  |
| **Tillverkare:**  |  |
| **Leverantör:**  |  |
| **Inköps år och månad** |  |
| **Garantitid:**  |  |
| **Pris:** |  |
| **Placering (enhet):**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ankomstkontrollerad, registrerad och märkt av:** Namn på person   |   |
| **Underhåll:** Vilken typ av underhåll behövs? |  |
| **Periodicitet på service**: Hur många gånger per år behövs service? Det kan vara underhållande åtgärder som smörjning, åtdragning av skruvar, inställningar och kalibrering osv. |  |
| **Periodicitet på besiktning:**Externbesiktning är ffa för vårdsäng och tak- och mobillyft**.** |  |
| **Service utförs av:** Om annan utförare krävs än det som finns med aktuellt serviceavtal. |  |

**Dokumentation funktionskontroll och utförda åtgärder** **av medicinteknisk produkt**

***För individuellt förskrivna hjälpmedel dokumenteras funktionskontroll och åtgärd enligt separat rutin och blankett.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Produkt:** |  |
| **Inv Nr:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum**  | **Kommentarer** | **Åtgärd** | **Namnteckning** |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dokumentationen skall förvaras tillsammans med produktens inventariebeskrivning**.