

Funktionskontrolle und Einweisung

→ VIO®-Geräte

1. Medizinprodukt

HF-Chirurgiegerät VIO 300D

a. Produktbezeichnung

ERBE Elektromedizin GmbH

b. Hersteller

ERBE Elektromedizin GmbH

c. Lieferant

d. Datum der Lieferung

CE 0124

e. CE-Kennzeichnung

10140-000

f. Artikelnummer

11212058

g. Seriennummer

Privatklinik Schloßstraße - Dr. Daniel Panzer

h. Anschrift des Betreibers

Schloßstraße 38-40, 12165 Berlin

i. Betriebliche Identifikationsnummer der Klinik

j. Standort und betriebliche Zuordnung der Klinik

2. Funktionskontrolle

a. Sichtkontrolle

i.O. ☒ nicht i.O. ☐

b. Performance Test

i. Einschalten

i.O. ☒ nicht i.O. ☐

ii. Self-Check

i.O. ☒ nicht i.O. ☐

c. Test Aktivierung

i. Cut-Kanal

i.O. ☒ nicht i.O. ☐

ii. Coag-Kanal

i.O. ☒ nicht i.O. ☐

d. Aktivierungstöne vorhanden

i.O. ☒ nicht i.O. ☐

Funktionskontrolle durchgeführt

i.O. ☒ nicht i.O. ☐

Mario Erfurth

Vorname, Name (Druckschrift)

ERBE Elektromedizin GmbH

Firma

22.02.2021

Datum, Unterschrift

3. Einweisung

a.	Erläuterung der Bedienelemente (aktive Buchsen, NE-Buchse, Fußschalterbuchsen, Netzschalter, Display, Verstelllemente für Ausgangsparameter, Symbole)	☒
b.	Erläuterung der Buchsen (individuelle Buchsenkonfiguration, monopolare, bipolare und Multi-Funktionbuchsen, NE-Buchsen)	☒
c.	Arbeiten mit dem VIO® (Netzanschluss, Einschalten, Selbsttest, Programmwahl, NE anschließen, am Patienten applizieren und prüfen, Instrumente anschließen, Programmeneinstellungen prüfen, Modes und Effekte ändern, Aktivierungsart zuordnen, Aktivierungsarten, Programmierung)	☒
d.	Erläuterung der Cut/Coag-Modes (monopolar, bipolar)	☒
e.	Programmierungsmöglichkeiten (Lernen und Speichern von Programmen)	☒
f.	Setup (Geräteeinstellungen)	☒
g.	Meldungen des Gerätes (Hinweismeldungen, Statusmeldungen, Fehlermeldungen)	☒
h.	Sicherheitshinweise (Beschränkungen für Gebrauch, Zweckbestimmung, Fehlbildung, Kontraindikationen, Info über Restriktionen, Elektrischer Schlag, Feuer/Explosion, Verletzung, unbeabsichtigte Schädigung von Gewebe, Gefahren durch falsche Anweisung der Neutralelektrode, defektes Gerät, Störungen durch das Gerät, Beschädigungen des Gerätes und des Zuprehens)	☒
i.	Sicherheitseinrichtungen des Gerätes (WESSY® automatische Überwachung von Spannung, Leistung und Aktivierungsdauer, Sicherheit gegen Fehlbildung)	☒
j.	Instandhaltung, Reinigung und Desinfektion (Sicherheitshinweise, Wischdesinfektion)	☒

Einweisung durchgeführt von

Mario Erfurth

ERBE Elektromedizin GmbH

22.02.2021

Vorname, Name (Druckschrift)

Firma

Datum, Unterschrift

Eingewiesene Person (Verantwortlicher)

Dr. Daniel Pauzer

22.02.2021

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik/Abteilung

Datum, Unterschrift

Weitere eingewiesene Personen

Lisa Eckstein

OTA

L. Eckstein

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Luca Celani

MFA (Anästhesie)

L. Celani

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Inna Rethick

Krankenschwester

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Mina Rasouli

Krankenschwester

M. Rasouli

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Melanie Fischermeier

MFA (Anästhesie)

M. Fischermeier

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Olga Nosar

Azubi MFA

Nosar

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Dr. Christina Schulz

Anästhesie

Dr. Schulz

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

Vorname, Name (Druckschrift)

Klinik / Abteilung

Datum, Unterschrift

