**Mustervorschlag**

**Praxis**

**Bestandsverzeichnis Medizinprodukte**(gemäß § 13 MPBetreibV)

Betriebsstätte:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd.Nr.** | **Gerätebezeichnung Art/ Typ** | **Loscode/ Serien-Nr.** | **Anschaf-fungsjahr** | **Name und Anschrift des Herstellers** | **CE- Kenn-Nr.** | **Standort** | **Prüfintervall Sicherheits- technische  Kontrolle (STK)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |