



CODAN

Kunde:	Kunden-Nr.:
Station / Ansprechpartner:	

Beobachtungszeitraum von:	bis:
---------------------------	------

Artikel:	Artikel-Nr.:	Menge:	Charge:
----------	--------------	--------	---------

Einsatzart	Schwerkraft	Pumpenanwendung → Pumpenmodell:	Endoskop	Manuell	Maschinell (z.B. Roboter etc.)	nicht anwendbar
Betrachtete Medizinproduktgruppe (inkl. Zubehör)						
Infusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	/	<input type="checkbox"/>
Transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	/	<input type="checkbox"/>
Spülsets Urologie/Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
Misch- und Entnahmesysteme	/	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vol. Infusionspumpe	/	<input type="checkbox"/>	/	/	/	<input type="checkbox"/>

Verabreichte / zubereitete Medikamente:

Patientenpopulation:	<input type="checkbox"/> Frühgeborene / Neugeborene (≤ 4 Lebenswochen)	<input type="checkbox"/> Kleinkinder (> 4 Lebenswochen bis ≤ 2 Jahre)	<input type="checkbox"/> Kinder / Jugendliche (> 2 bis ≤ 18 Jahre)	<input type="checkbox"/> Erwachsene (> 18 Jahre)
----------------------	--	---	--	--

Zusätzliche Produkte (auch Fremdprodukte) parallel im Einsatz:
--

Beurteilung / Performance der Produkte:

1. Handhabung

sehr gut gut befriedigend ausreichend ungenügend

2. Genauigkeit / Zuverlässigkeit des Produktes

sehr gut gut befriedigend ausreichend ungenügend

Bemerkungen zur Handhabung / Genauigkeit oder Allgemein:

Datum: _____

Name / Unterschrift: _____