



Klinikschlüssel

Geräteausmusterung - Entsorgung

UniversitätsKlinikum Heidelberg

1 Kopie an das Gerät heften und 1 Exemplar an das ZIM, Management Investitionsgüter schicken, Fax: 4096

Dienststelle (Stempel)	Name des Verantwortlichen /Tel.Nr:	
	Datum, Unterschrift:	
Kostenstelle:		
Bezeichnung des Gerätes:	Herstellerfirma:	
Anlagennummer:	Seriennummer:	
Equipment- Nummer:	Standort (Geb/Etage/Raum):	
Erläuterung des Abgangs: <input type="checkbox"/> defekt <input type="checkbox"/> veraltet (aber funktionstüchtig) <input type="checkbox"/> Verkauf <input type="checkbox"/> Verlust <input type="checkbox"/> Diebstahl <input type="checkbox"/> Weitergabe privat an: Name: _____ Abt: _____ Bei PC-Weitergabe: die Festplatte wurde mit dem Programm _____ physikalisch gelöscht von: Name: _____ Unterschrift: _____		
<input type="checkbox"/> Abgang mit Zubehör		
<input type="checkbox"/> Kältemittel enthalten <input type="checkbox"/> Asbest enthalten <input type="checkbox"/> Elektronikteile enthalten		
Wurde dieses Gerät für Arbeiten mit Substanzen benutzt, von denen eine Gefährdung ausgehen kann? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: mit welchen gefährlichen Substanzen ist das Gerät in Berührung gekommen?		
	Gefährdungsart	Stoffbezeichnung
<input type="checkbox"/>	biologische Gefährdung	
<input type="checkbox"/>	Gefahrstoffe	
<input type="checkbox"/>	Radioaktiver Stoffe	
Wurde das Gerät gereinigt? <input type="checkbox"/> außen dekontaminiert <input type="checkbox"/> außen desinfiziert <input type="checkbox"/> innen dekontaminiert <input type="checkbox"/> innen desinfiziert Datum, Unterschrift		
Annahme	Entsorgung durchgeführt von: _____ am: _____	
	Prüfvermerk Beschaffungsstelle	Erfassung Anlagebuchhaltung
	mit SAP-Belegnummer: _____	