

Produktbeurteilung:

Nr.: Datum

An die Abteilung

Bitte ausfüllen und unverzüglich an die Wirtschaftsabteilung weiterleiten.

Dieser Fragebogen soll die fachliche Basis zur Einführung oder Umstellung für neue Ge- und Verbrauchsartikel im Klinikum bilden. Von dieser Beurteilung hängt es im Wesentlichen ab, ob die Einführung oder Umstellung eines neuen Produktes aus ärztlicher und pflegerischer Sicht ratsam erscheint.

Allgemeine Angaben		
CE - Kennung vorhanden?	Ja	Nein
Artikelnummer		
Hersteller / Lieferant		
Produktkurzbezeichnung		
Bisher verwendeter Artikel		
Bedarf (Menge)		
Produkteigenschaften:		
Ist das Produkt latexfrei?	Ja	Nein
Enthält das Produkt PVC?	Ja	Nein
Enthält das Produkt Weichmacher?	Ja	Nein
Werden beim Gebrauch wassergefährdende Substanzen freigesetzt?	Ja	Nein
Geringerer Materialverbrauch gegenüber dem bisher verwendeten Produkt, z.B. durch längere Standzeiten?	Ja	Nein
Besteht die Möglichkeit des Recyclings nach dem Einsatz des Produktes?	Ja	Nein
Bei Mehrwegprodukten: Wie häufig kann das Produkt verwendet werden?		
Ökologische Vorteile des Produkts:		
Produktrücknahme (Hersteller) nach Gebrauch oder Abgabe an Rücknahmestellen (z.B. bei Elektrogeräten)?		
Bei Elektrogeräten: In welche Energieeffizienzklasse ist das Gerät eingestuft?		
Sicherheitsdatenblatt erforderlich?	Ja	Nein
Falls ja - vorhanden?	Ja	Nein
Bedenken aus Sicherheitsdatenblatt? Wenn ja, welche?		

Beurteilung	besser	gleich	schlechter
Funktionsfähigkeit			
Sicherheit für den Patienten			
Sicherheit für den Anwender			
Handhabung			
Materialunterschied			
Verpackung			
Patientenverträglichkeit			

Sonstige Angaben	ja	nein
Reicht die Anzahl der Muster für eine profunde Beurteilung aus?		
Könnte der bisher verwendete Artikel entfallen?		
Ist eine Desinfektion bzw. Sterilisation möglich?		
Ist das getestete Produkt aus Ihrer Sicht wirtschaftlicher?		

Gesamtvotum:

Das getestete Produkt wird zur Anschaffung empfohlen:
 Nicht empfohlen:

Begründung:

Die Beurteilung führte durch:

Name:	Funktion:	Abteilung:
Unterschrift:		Datum:

Hygiene: Name/Unterschrift: _____ Datum: _____

Einführung/Umstellung erfolgt: ja nein Name/Unterschrift: _____