
Medizinproduktebeauftragter + Beauftragter für Medizinproduktesicherheit (m/w/d)

 10.05.2022 - 11.05.2022

18.10.2022 - 19.10.2022

 16 Stunden

 225,00 Euro (umsatzsteuerbefreit)

Ansprechpartner

Rico Schreier

Tel: 0351 896694-05

Fax: 0351 896734-79

E-Mail: dresden@wbs-schulen.de

JETZT BUCHEN

Zielgruppe

- ✓ Gesundheits- und Pflegefachkräfte
- ✓ Fachpersonal in Einrichtungen der Patientenversorgung und Rettungsdienst
- ✓ Medizinische Fachangestellte / Praxispersonal

Teilnahmevoraussetzung

Ausbildung / Qualifizierung im Bereich Rettungsdienst / Notfallmedizin

Inhalte

Medizinprodukte-Beauftragter

- ✓ Einführung in das Medizinprodukterecht
- ✓ Begriffsbestimmungen
- ✓ Aufgaben der Medizinprodukte-Beauftragten und die Zusammenarbeit mit dem Beauftragten für Medizinproduktesicherheit
- ✓ Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)
- ✓ Anwender- und Betreiberpflichten
- ✓ Systematik der Anforderungen an das Anwenden und Betreiben der Medizinprodukte in der Gesundheitseinrichtung z.B. im Rettungsdienst
- ✓ Inbetriebnahme von Medizinprodukten
- ✓ Organisieren, Durchführen und Dokumentieren von Einweisungen
- ✓ Führung der erforderlichen Dokumentationen gemäß MPBetreibV bzw. Weitergabe der Daten an die Abteilung Medizintechnik
- ✓ Aufbewahrung der Gebrauchsanweisungen der Medizinprodukte
- ✓ Sicherheits- und messtechnische Kontrollen
- ✓ Instandhaltungsmaßnahmen und Instandsetzungen
- ✓ Unterstützung des Beauftragten für Medizinproduktesicherheit bei Vorkommnissen und Maßnahmen der Hersteller
- ✓ Medizinprodukte im Qualitätsmanagement
- ✓ Vorstellung/Präsentation neuer Medizinprodukte im Rettungsdienst

Weitere Seminare zu diesem Thema

<https://www.wbs-schulen.de/weiterbildungen/>

ANMELDEFORMULAR FÜR FORT- UND WEITERBILDUNGEN

✓ Ja, ich möchte mich anmelden!

Titel der Weiterbildung* _____

Termin* _____

Preis* _____

Anmelde- und _____

Prüfungsgebühren*

Präsenzveranstaltung Ort: _____

Online-Weiterbildung von zu Hause aus

vom Standort aus

Sonstiges: _____

Selbstlernmodul

✓ Teilnehmerdaten:

Vor- und Nachname* _____

Geburtsdatum* _____

Straße* _____

PLZ/Ort* _____

E-Mail* _____

Telefon* _____

✓ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

WBS Homepage Social Media (z. B. XING, Facebook)

Google-Suche KURSNET Empfehlung

Kostenträger _____
(z. B. Arbeitgeber, Arbeitsagentur etc.)

Sonstiges _____

✓ Finanzierung

Selbstzahler → Raten ja nein

Arbeitgeber → Raten ja nein

Förderung über QCG/Bildungsgutschein

Andere Förderung

Welche? _____

✓ Allgemeine Geschäftsbedingungen:

Die AGB stellen in Verbindung mit der verbindlichen Anmeldung den Fortbildungsvertrag mit der WBS TRAINING SCHULEN gGmbH dar. Ich habe die ABB (S. 1 - 5) gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift mit den AGB einverstanden. Der Auftraggeber ist verpflichtet, den festgelegten Preis inkl. Anmelde- und Prüfungsgebühr unaufgefordert an die WBS TRAINING SCHULEN gGmbH zu entrichten. Sollten die Kosten durch Dritte übernommen werden, ist eine Kostenübernahmeerklärung schriftlich vorzulegen. Die Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten und die Prüfungsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Wenn Sie sich zu einer Veranstaltung der WBS TRAINING AG oder der WBS TRAINING SCHULEN gGmbH anmelden, nutzt die Gesellschaft, die Ihr Vertragspartner geworden ist, Ihre E-Mail-Adresse für Werbung für eigene, ähnliche Veranstaltungen. Sie können hiergegen jederzeit Widerspruch einlegen, z. B. per E-Mail an info@wbs-schulen.de. Details entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite wbs-schulen.de/datenschutz.

Datum / Unterschrift Teilnehmer/-in

✓ Anmeldung bitte an:

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH

 _____

 _____

 _____

* Pflichtfelder

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG FORT-/WEITERBILDUNGSKOSTEN

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH
Team Fort- und Weiterbildung

- Die AGB (Seiten 1 bis 5) wurden gelesen, insbesondere auch die Klauseln Gebühren/Kosten und Abtretungserklärung. Mit den AGB sind wir einverstanden und erkennen diese mit Unterschrift an.
- Ein Dritter/Kostenträger übernimmt die Fort-/Weiterbildungskosten für

Vorname, Nachname

Kurstitel

vom

bis

Möchten Sie in Raten zahlen?

- nein ja, monatlich ja, in 3 Raten ja, in 5 Raten

Bitte senden Sie die Rechnung an folgende Adresse:

Firma

Ansprechpartner/-in

Straße

PLZ, Ort

Tel.

E-Mail

Datum

Unterschrift Kostenträger