

# Erklärung

## zur sicherheitstechnischen Nachrüstung von bereits in Verkehr gebrachten Therapieliegen

Der Nachrüster (Herstellerin oder Hersteller der Therapieliege  
oder von ihr oder ihm benannte Servicepartner bzw. Servicepartnerin)

Firmenname

Straße

PLZ, Ort

erklärt, dass er/sie bei der Nachrüstung

Bezeichnung des eingesetzten Nachrüstmoduls

Modell

Seriennummer

Baujahr

der Therapieliege

Bezeichnung der zur Nachrüstung verwendeten Therapieliege

Modell

Seriennummer

Baujahr

1. die aktuelle Information der obersten Landesbehörden und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingehalten hat,
2. die Zweckbestimmung der Therapieliege beachtet hat,
3. dabei auch die vom Hersteller oder von der Herstellerin der Therapieliege vorgesehenen Anwendungsbeschränkung beachtet hat und
4. die vorgesehenen Arbeitsschritte beim Zusammensetzen der Gerätekombination fachgerecht durchgeführt hat.

Nach der Nachrüstung vorhandene Funktionen:

- ☐ Drei-Stufen-Schalter mit Panikschtaltung.
- ☐ Zugang zur Bedienstange mechanisch eingeschränkt, unbeabsichtigte Bedienung nicht möglich.
- ☐ Die Laufrichtung der umlaufenden Bedienstange ist umgekehrt zur Bedienrichtung.
- ☐ Automatische Sperrfunktion, Reaktivierung durch doppelte Betätigung des Bedienelements.
- ☐ Fußschalter der Liege wurde umgekehrt am Liegenrahmen montiert.
- ☐ Fußschalter wurde mit einer Schutzhaube geschützt, unbeabsichtigte Bedienung nicht möglich.
- ☐ Sonstiges:

Diese Erklärung stellt keine EU-rechtlich geforderte Konformitätserklärung dar.

Unterschrift und Angaben zum Unterzeichner, bzw.  
zur Unterzeichnerin (Hersteller oder Herstellerin):

Ort, Datum

Unterschrift – Um eine eingescannte Unterschrift einzufügen, klicken Sie bitte in das Feld.