



Název ZPr:					
Typ ZPr:					
Třída ZPr*:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IVD
Školitel:					
Termín konání:		Pracoviště:			

Účastníci absolvovali proškolení / instruktáže ve smyslu ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, v platném znění, o zacházení s výše uvedeným ZPr a jeho používání v souladu s návodem k použití. Účastníci byli seznámeni s návodem k použití, přečetli si ho, rozuměli mu a jsou schopni podle něj pracovat.

Součástí bylo:

- seznámení s používáním ZPr, určeným účelem použití ZPr a jeho údržbou,
- popis funkce a jednotlivých ovládacích prvků ZPr,
- praktická ukázka použití ZPr,
- seznámení s podmínkami bezpečného používání ZPr při poskytování zdravotní péče, s příslušnými provozními předpisy a předpisy upravujícími bezpečnost a ochranu zdraví při práci,
- seznámení se zvláštními riziky spojenými s používáním ZPr,
- upozornění na nutnost dodržování pokynů výrobce při používání ZPr,
- instrukce, za jakých podmínek lze ZPr zapojit ke společnému používání s jinými ZPr, příslušenstvím, potřebným programovým vybavením a jinými předměty.

Ve výše uvedených bodech byli účastníci proškoleni i ohledně používání příslušenství, programového vybavení a možných kombinací použití s dalšími ZPr.

Školitel prohlašuje, že:

- má odpovídající vzdělání, znalosti a praktické zkušenosti k provádění proškolení / instruktáže o zacházení s předmětným ZPr a jeho používání. Byl o určeném účelu použití ZPr a způsobu jeho použití poučen výrobcem či jinou způsobilou osobou dle zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro. v platném znění,
- účastníci tohoto školení jsou schopni používat ZPr a **MOHOU** provádět instruktáž u dalších osob o zacházení se ZPr a jeho používání ve smyslu zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro., v platném znění.

Účastníci:

Poř.	Jméno a příjmení	Os. číslo	Podpis
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Nevyplněné řádky proškrtněte a v případě nedostatku řádků, lze pokračovat na další stránce v tabulce.

Každá další stránka je podepsána školitelem.

Tento formulář je vhodné doplnit o „Prohlášení o shodě“ k přístroji a certifikát (doklad) školitele, že byl poučen osobou dle zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro v platném znění.

Podpis a razítko školitele:

*zatrhne školitel

.....