

Bedarfsermittlung neue Artikel und Produktumstellung

an: _____ Bedarfsanforderung: _____

Klinik/Bereich: _____ vom: _____

Artikel: _____

Von: Abt. Einkauf

Datum:

Bitte ausfüllen Teil 1 Teil 2

Damit der angeforderte Gegenstand regulär beschafft werden kann, sind folgende Ausgaben erforderlich:

Freigabe Fachvorgesetzter

.....
Datum, Unterschrift

Angaben zum Artikel reichen nicht aus: Maße, Beschreibung, Artikelnummer, GTIN, etc.

Begründung, Anmerkung zur Anschaffung, wird das Produkt im Rahmen einer Studie eingesetzt

Besteht ein:

permanenter Bedarf?

einmaliger Bedarf?

Ist eine Einweisung erforderlich?

ja

nein

nicht bekannt

Wenn bekannt, bitte entsprechend Unterlagen anhängen und dokumentieren

Ist die Bedienungsanleitung im Internet in der jeweils aktualisierten Version verfügbar?

ja

nein

nicht bekannt

Geprüft von:

Freigegeben durch:

Erstellt am:

Seite 2/2

Nur bei permanentem Bedarf auszufüllen

1) geschätzte Stückzahl im Jahr / Fallzahl mal Anzahl Stück (z.B. Stents): _____ / _____

2) Wurde der Artikel bereits in der Vergangenheit bezogen? ja nein 3) Wird der Artikel in Verbindung mit einem Gerät eingesetzt? ja nein

wenn ja, welches Gerät? Bezeichnung: _____ Inventarisierungsnr. _____

4) Ist das Produkt einmal oder mehrfach verwendbar?

Falls mehrfach verwendbar, Aufbereitungsanleitung beilegen (interne Prüfung durch Einkauf, wegen ggf. weiterer Freigaben durch Hygiene bzw. ZSVA)

5) Angaben zur Lagerhaltung oder internem Transport, z.B. Temperatur sensibel

 keine besonderen Voraussetzungen besondere Bedingungen: _____6) Kann der bisher eingesetzte Artikel künftig entfallen? ja nein

Bei ja, welcher Artikel wurde bisher für diese Prozedur eingesetzt?

Bezeichnung: _____ Artikelnummer: _____

7) Neues Produkt-/ Verfahren (ggf. Information des Herstellers oder der Fachgesellschaft anfügen):

8) Angaben zu OPS, ICD, D-DRG und Erlösen: ?

_____9) Ändert sich durch die Einführung/Umstellung des Artikels der Prozess? ja nein

wenn ja, bitte kurze Erläuterung, z.B. Verkürzung OP-Zeiten, Personalbindung, etc.:

10) Verbessert sich durch die Umstellung die Sicherheit von Patienten/Anwendern?

ja bitte kurze Erläuterung:_____

_____nein bitte kurze Erläuterung:_____

Datum, Unterschrift Anwender: _____

Datum, Zeichen

Die Ermittlung der jährlichen Kostenveränderung wird Ihnen nach Bearbeitung durch den Einkauf zur Freigabe vorgelegt.

Geprüft von:

Freigegeben durch:

Erstellt am:

Seite 2/2