



Produkt: Herz-Lungen-Maschinen (HLM) Schlauchsatz

Klinik	
Anwender Name	
Anwender Position	
HMT Kontakt	
Produkt:	HLM Schlauchsatz Extrakorporaler Kreislauf für Herz-Lungen- Bypass Operationen
Variante/Produktnummer (PXXXX)	

A) Anwendungsspezifische Fragen

- Welche Qualifikation liegt bei den Anwendern vor?
 Kardiotechniker (Perfusionist)
 Kardiochirurg
 Sonstige (bitte spezifizieren): _____
- Patienteninformationen (Bereich bzw. überwiegend):
 Alter: von _____ bis _____
 Geschlecht: m w d
- Für welches Anwendungsgebiet wurden die Produkte in der Klinik eingesetzt?
 Herz-Lungen-Bypass
 Sonstiges (bitte spezifizieren): _____
- Wie lange pumpt der HLM Schlauchsatz in der Regel? _____ Stunde(n)

B) Fragen zur Vorbereitung des Medizinproduktes

- | | | J | N |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. War die Verpackung bei Anlieferung unbeschädigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind die Informationen in der Gebrauchsanweisung und auf den Etiketten leicht verständlich, benutzerfreundlich und enthalten klare und präzise Anweisungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ist die Reihenfolge der verpackten Komponenten korrekt für die Montage auf der HLM? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurden beim Öffnen der Verpackung lose Abdeckungen/Kappen entdeckt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wurde das Set mit den gewünschten Komponenten montiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lassen sich Luftblasen leicht aus dem Kreislauf entfernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 bis 4 an, wie zufrieden Sie mit dem Priming der Schläuche und der Komponenten sind. [•] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[•] 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = unzufrieden, 4 = sehr unzufrieden



- C) Fragen zur Gebrauchstauglichkeit von Medizinprodukten** J N
12. Sind bei der Anwendung unerwarteten Benutzungsfehler aufgetreten?
 Wenn ja, bitte spezifizieren:

13. Haben Sie bei der Anwendung des Produkts Komplikationen erlebt?
 Wenn ja, bitte spezifizieren:

14. Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 bis 4 an, wie sie die Benutzbarkeit der Produkte einstufen [•] 1 2 3 4
15. Wie bewerten Sie die Sicherheit der HLM-Sets auf einer Skala von 1 bis 4? [•] 1 2 3 4
16. Bitte bewerten Sie auf der Basis Ihrer Erfahrungen mit HLM Schlauchsets die Kompatibilität der von HMT Medizintechnik hergestellten Schlauchsets als integraler Bestandteil des kardiopulmonalen Kreislaufs (Skala von 1 bis 4) [•] 1 2 3 4
[•] 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = unzufrieden, 4 = sehr unzufrieden

D) Allgemeines (Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 bis 4 an, wie zufrieden Sie sind [•])

17. Kommunikation mit der HMT Medizintechnik GmbH 1 2 3 4
18. Ausführung vorgeschlagener Änderungen 1 2 3 4
19. Informationsweitergabe im Hinblick auf Änderungen, die die HMT vornimmt 1 2 3 4
20. Produkt insgesamt 1 2 3 4
- [•] 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = unzufrieden, 4 = sehr unzufrieden

E) Sonstige Anmerkungen:

Was gefällt Ihnen besonders gut an HLM-Schlauchsets von HMT Medizintechnik GmbH?

Was würden Sie an diesem Produkt verbessern?

Datum

Unterschrift