

Mögliche Schutzmaßnahmen

Mögliche Maßnahmen	Bewertung ja nein	Beschreibung der ggf. durchzuführenden Maßnahmen	durchzuführen bis	<input checked="" type="checkbox"/>
Müssen von uns erstellte Produkte bezüglich eingesetzter Materialien oder durchgeführter Herstellung geändert werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
Gibt es neue Gefährdungen/Risiken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
Ist eine Änderung der Risikoanalyse notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
Müssen von uns hergestellte Produkte aus Sicherheits- und Gesundheitsgründen zurückgerufen werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
Müssen wir über ein schwerwiegendes Vorkommnis eine Meldung vornehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
Sind die von uns erfassten Daten zur Erstellung des Überwachungsplans und Sicherheitsberichts ausreichend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/>

Teilnehmer

Name	Funktion	Qualifikation	Unterschrift
	verantwortliche Person zur Einhaltung des Artikels 15 MDR	Zahntechniker/in Zahntechniker-Meister	
	QM-Beauftragte/r	Verwaltungsangestellte/r	

	Mitarbeiter/in		Mitarbeiter/in		Sicherheits-Beauftragte/r		Leitung	Versions-Nr.
erstellt von:		aktualisiert von:		geprüft von:		freigegeben von:		
Datum:		Datum:		Datum:		Datum:		