

# Checkliste für die selbst durchgeführte sicherheitstechnische Kontrolle (STK) bei AED

(gemäß 4.4.2 „Leitfaden zum Umgang mit Medizinprodukten in der DLRG“)

## Gerätedaten

Gerätename | Typ

Inventarnummer

Hersteller (im Sinne des MPG)

Seriennummer

Herstellungsjahr bzw. Baujahr

Softwareversion

Betreiber

Standort

### 1. AED-Elektroden

Sind die AED-Elektroden noch mindestens einen Monat ab heute haltbar?

\_\_\_\_\_ Verwendbar bis

Nein  Ja

### 2. Sichtkontrolle bei Gerät und Zubehör

Ist das Gerät nebst allem Zubehör intakt und weist keine Beschädigungen auf und es besteht sichtbar kein Anlass zur Vermutung auf eine Funktionseinschränkung?

Nein  Ja

### 3. Automatische Selbsttestfunktion

Wie häufig geschieht laut Hersteller die automatische Selbsttestfunktion?  
Wird die Selbsttestfunktion regelmäßig ausgeführt?

\_\_\_\_\_ Anzahl

Nein  Ja

### 4. Zustand nach der letzten Selbsttestfunktion

Wurde die letzte laut Gebrauchsanweisung regelmäßige, automatische Selbsttestfunktion des AED bestanden bzw. zeigt das Gerät nach der letzten Selbsttestfunktion keine Mängel oder Handlungsbedarfe?

Nein  Ja

### 5. Statusanzeigen

Zeigen die Statusfenster bzw. Statusanzeigen des AED die volle Funktionsfähigkeit gemäß Herstellerbeschreibung an?

Nein  Ja

### 6. Batteriekapazität

Ist die Batteriekapazität laut Anzeige noch für den vorgesehenen Einsatzbetrieb bzw. die vorgesehene Vorhaltung bis zur nächsten geplanten Prüfung voraussichtlich ausreichend?

Nein  Ja

### 7. Eventuelle erforderlichen Testschritte

Besitzt der AED einen manuellen Modus und wurden alle erforderlichen Testschritte bestanden?

Nein  Ja

Falls **JA**:

Dokumentiere alle zusätzlichen Prüfschritte gemäß Herstellerunterlagen für die Prüfung des manuellen Modus auf der Rückseite dieses Dokumentes oder füge diese in geeigneter Form als Anhang diesem Prüfprotokoll bei!

## 8. Weitere Prüfungen durch den Anwender bzw. Betreiber

Sofern vom Hersteller in der Gerätedokumentation weitere Prüfungen (siehe 7.) durch den Anwender bzw. Betreiber vorgesehen sind (bitte diese im Detail nachfolgend auflühren):

- |          |          |
|----------|----------|
| a) _____ | e) _____ |
| b) _____ | f) _____ |
| c) _____ | g) _____ |
| d) _____ | h) _____ |

## 9. Ergebnis der durchgeführten Prüfung

Wurden die beschriebenen Prüfungen durchgeführt und wurden sie erfolgreich ohne Hinweis auf Fehler oder Einschränkungen abgeschlossen?

Nein  Ja

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum der Prüfung

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Prüfers

### In nachfolgendem Absatz unbedingt das nicht Zutreffende Streichen!

- Alle obigen Prüfungen wurden erfolgreich abgeschlossen und es besteht kein Hinweis auf eine Funktionseinschränkung des Gerätes. Die STK wurde gemäß dieser Checkliste erfolgreich abgeschlossen und das **Gerät zur weiteren Verwendung uneingeschränkt freigegeben**.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Prüfers

- Das Gerät ist zur weiteren Verwendung nicht freigegeben** und wird gesperrt. Entsprechende Warnhinweise auf dem Gerät wurden angebracht; weiterhin wurde das Gerät gegen weitere Verwendung gesichert.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Prüfers

*Raum für Notizen bzw. weitere Hinweise bei nicht bestandener Prüfung:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---