

Düsseldorf, den: _____

Telefon: _____

(Beantragende Abteilung)

Nur von der Verwaltung auszufüllen:	
Bearbeitungsnummer	Eingangsdatum

An
D 02.1.2

BESCHAFFUNGSANTRAG

hier: Anlagegüter ab 1.000,01 EUR bis 200.000,-- EUR

Anlage: **Fachliche Begründung der Notwendigkeit der Beschaffung auf gesondertem Beiblatt**

Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung aus dem vom Vorstand/ vom Dekanat verwalteten Zuschussmitteln des Landes (bis 2.500,00 EUR netto Einzelgerätewert aus dem zugewiesenen Investitionsbudget). Davon abweichende Finanzierungen bitte gesondert vermerken:

- aus Drittmitteln/Vorhaben-Nr.: _____
- aus zugewiesenen Projektmitteln (Forschungskommission, BMFZ, etc.) Kostenstelle: _____
- aus Berufungsmitteln
- aus sonstigen Finanzierungen (bitte in der Begründung erläutern)

Priorität des Antrags:

- Priorität 1 (sofort)
- Priorität 2 (im Laufe des Jahres)
- Priorität 3 (im nächsten Jahr)

1. Beantragter Gegenstand und für den Betrieb benötigte Ausstattung: _____

Hausstandard gemäß Liste (bei Med. Produkten): ja nein (Falls nein, bitte in der Begründung erläutern)

2. Standort des beantragten Gegenstandes:

Bereich (Station/Labor/Ambulanz, etc.) _____

Gebäude-Nr.: _____ Ebene: _____ Raum: _____

3. Standortkostenstelle: _____

(Bitte unbedingt angeben, da für die Inventarisierung des Gegenstandes erforderlich.)

4. Bei Drittmittelbeschaffungen bitte angeben: Folgekosten zu Lasten Haushalt _____ % Drittmittel _____ %

5. Nutzungsquoten:

Krankenversorgung _____ % davon stationär _____ % bzw. ambulant _____ % Forschung _____ % Lehre _____ % Sonstiges _____ %

Mitnutzung durch folgende Abteilungen: _____

Nutzungsdauer in Jahren: _____

Nutzung des Gegenstandes, bezogen auf die gesamte Betriebszeit: _____

6. Nur bei Geräten und überwiegender Nutzung für die Krankenversorgung bitte Angaben zur Anzahl der Untersuchungen pro Jahr und Gerät (ggf. auf gesondertem Beiblatt): _____

Dauer der Untersuchung in Minuten: _____

7. Kosten:

Gesamtkosten mit Zubehör (einschl. USt., Zoll, Transport etc.) _____ EUR (bitte Angebot beifügen)

8. Beschaffungsart

Neubeschaffung (Erstbeschaffung)

Ersatzbeschaffung

Ergänzungsbeschaffung

Bei Ersatz- oder Ergänzungsbeschaffung wird welches Gerät durch das angemeldete ersetzt bzw. ergänzt:

Bezeichnung/Typ/Hersteller: _____

Herstellungsjahr: _____

Ident-Nr.: _____

Standort (Gebäude/Ebene/Raum): _____

Das zu ersetzende Gegenstand kann:

verkauft oder verschrottet

werden.

Abgabemitteilung ist bei Ersatzbeschaffung unbedingt beizufügen!

9. Sofern bereits gleichartige Geräte vorhanden sind, bitte Angabe der Zahl, des Alters und des Standorts: (ggf. auf gesondertem Beiblatt)

Anzahl: _____ Alter: _____ Gebäude-Nr.: _____ Ebene: _____ Raum: _____

10. Als bauliche Maßnahmen sind erforderlich:

Herrichten/Umbauen _____

Sonstiges _____

11. Ist eine IT-Anbindung notwendig? ja nein

Wenn ja, bitte in der Begründung erläutern:

Welche Schnittstellen müssen eingerichtet werden?
Besteht geräteinterner oder externer Speicherbedarf?
Soll die Datensicherung geräteintern oder extern erfolgen?

12. Ist zum Betrieb des Gerätes zusätzliches Personal erforderlich?

ja Falls ja, bitte in der Begründung erläutern. nein

13. Für die Verwaltung und den Betrieb des Gegenstandes/Gerätes verantwortliche Person:

Name: _____ Telefon: (02 11) 81 - _____

Dienstbezeichnung: _____

Zusatz für Geräte im Sinne der MedGV/des MPG

13.1. In die Bedienung des Gerätes/solcher Geräte wurden gemäß MPG/MP Betrieb V folgende Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter als "Medizinproduktebeauftragte" eingewiesen:

Düsseldorf, den _____

(Unterschrift der Kliniks-, Instituts- bzw. Abteilungsleitung oder der sonstigen Antragsberechtigten bei Drittmittel, zugewiesenen Projektmitteln, etc.)

Bitte beachten: bei fehlenden und/oder unvollständigen Angaben ist eine Bearbeitung nicht möglich !