

**Einweisung am Automatisierten Externen Defibrillator**  
**von HeartSine Samaritan PAD 500 P** nach\_§ 5 Absatz 1 Nr. 2 MPBetriebV)

Einweisender:

**Eingewiesene Person(en)** (Endanwender)

Lfd. Nr.	Name, Vorname	Datum	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift