

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Nachricht. Wir bedauern sehr, dass es bei einem unserer Produkte zu einer Beanstandung gekommen ist. Zur vollständigen und zügigen Bearbeitung Ihrer Beanstandung benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen. Daher möchten wir Sie bitten untenstehenden Fragebogen so detailliert wie möglich auszufüllen und an [service@inomed.com](mailto:service@inomed.com) und [gm@inomed.com](mailto:gm@inomed.com) zurückzuschicken. Ihre Beanstandung kann anschließend bearbeitet werden und Sie erhalten schnellstmöglich Rückmeldung.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Bemühungen.

Kontaktdaten			
Einrichtung / Praxis oder Krankenhaus:			
Straße:			
PLZ / Ort:		Land:	
Name, Vorname:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Daten zur Produkt-Identifikation			
Artikelnummer / REF:			<input type="checkbox"/> Software
Seriennummer / LOT:			
Software-Version: <small>Auszufüllen, wenn oben ein Kreuz für „Software“ gesetzt wurde.</small>			

1. Fehlerbeschreibung	
<p><i>Bitte beschreiben Sie den Fehler so präzise wie möglich. Falls vorhanden stellen Sie uns bitte folgende Dateien zur Verfügung: Bilder, Log-Einträge und/oder Service Zip-Dateien des Systems.</i></p>	
2. Wann trat der Fehler auf?	Datum:
<input type="checkbox"/> beim Transport <input type="checkbox"/> bei der OP-Vorbereitung <input type="checkbox"/> bei der Wiederaufbereitung <input type="checkbox"/> beim Auspacken <input type="checkbox"/> während der OP <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
3. Wie häufig tritt der Fehler auf?	
<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> sporadisch <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> nach ___ min <input type="checkbox"/> nach ___ h <input type="checkbox"/> täglich ca. ___ /xmal	
Bemerkung: _____	

**4. Bitte beschreiben Sie den Operationsaufbau detailliert**

Welche Geräte (auch Fremdgeräte wie HF-Generatoren mit aufführen) und welches Zubehör wurden verwendet (ggf. kleine Skizze zur Elektrodenplatzierung)?

Was für eine Operation wurde durchgeführt und bei welcher Aktion ist der Fehler aufgetreten?

**5. Informationen zu wiederverwendbarem Zubehör**

Wie viele Anwendungszyklen wurde das Zubehör bereits verwendet? Bitte teilen Sie uns die angewandten Aufbereitungsparameter mit.

**6. Wurden Patienten, Anwender oder Dritte geschädigt?**

Patient                       Anwender                       Dritte                       Es wurde niemand geschädigt.

Sollte jemand geschädigt worden sein, beschreiben Sie bitte den Schaden:

**7. Kam es im Zuge der Beanstandung zu einem Abbruch oder Verlängerung der Operation?**

Abbruch der Operation                       Verlängerung der Operation                       Kein Einfluss.

Weitere/Erneute Behandlung/Operation

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**8. Wurde die Beanstandung bereits an die zuständige Behörde gemeldet?**

Nein                       Ja

Wenn ja, bitte Fallnummer / Name der Behörde: \_\_\_\_\_

**9. Wird das Gerät / Zubehör an die inomed Medizintechnik GmbH zurückgesendet?**

Ja     Nein, Begründung: \_\_\_\_\_

Hinweis:

Bitte markieren Sie die eingesendete Ware so, dass zu erkennen ist, dass es sich um eine Beanstandung handelt und dass zu erkennen ist, falls diese kontaminiert ist.

Einmalprodukte vor der Einsendung bitte nicht sterilisieren.

Rücksendeadresse:

inomed Medizintechnik GmbH

z. Hd. Service-Department

Im Hausgrün 29

79312 Emmendingen

<b>Kunde:</b>
   <hr/>
Datum, Unterschrift