

▶▶ Sehr geehrter Kunde, um Ihre Rücksendung so schnell wie möglich bearbeiten zu können, bitten wir Sie, uns den Grund für die Rücksendung so genau wie möglich zu beschreiben. Ohne Angaben eines Grundes können wir leider Ihre Rücksendung nicht bearbeiten. Bitte haben Sie hierfür Verständnis. Bitte senden Sie uns auch die Ware im Originalzustand in Originalverpackung zurück!

 Reparatur

 Rückgabe Leihgerät

▶▶ Adressdaten / Kontaktdaten

Name		Postleitzahl	
E-Mail		Ort	
Telefon		Land	
Firma/Klinik/Praxis			

▶▶ Artikeldaten

Artikelbeschreibung		Artikel-Nr.	
Kaufdatum		Stückanzahl	
Rechnungs-Nr.		Chargen-Nr.	
		Serien-Nr.	

▶▶ Rücksendehinweis zur Hygiene

Im Medizinproduktegesetz (MPG) und in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind an die Aufbereitung von gebrauchten Medizinprodukten zahlreiche gesetzliche Anforderungen formuliert. Da diese Medizinprodukte eine Quelle von Infektionen beim Menschen sein können, ist eine sach- und fachgerechte Aufbereitung dieser Medizinprodukte ein unverzichtbares Muss; insbesondere vor dem Transport.

Ich bestätige hiermit, dass (das/die entsprechende/n Kästchen ankreuzen):

- das anbei liegende Medizinprodukt **NICHT** mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist und somit hygienisch unbedenklich ist. Dies wird durch Unterschrift (s.u.) bestätigt.
- das anbei liegende Medizinprodukt während der Anwendung mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist. Das Produkt wurde gereinigt und folgendermaßen dekontaminiert:

Desinfektion		Sterilisation	
<input type="checkbox"/>	manuelle Dekontamination, nur wenn das Medizinprodukt nicht im RDG aufbereitet werden kann	<input type="checkbox"/>	Dampfsterilisiert
<input type="checkbox"/>	Maschinelle Aufbereitung (chemisch-thermisch) - bevorzugt -	<input type="checkbox"/>	anderes Sterilisationsverfahren Angabe: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass das gebrauchte Medizinprodukt entsprechend gereinigt und desinfiziert und somit kein Gefahrgut zur Kontamination darstellt. Ohne diese Angaben ist eine Annahme unsererseits nicht möglich.

Name

Datum

Unterschrift

Für interne Zwecke

Person Warenannahme (Kürzel)		Ansprechpartner/Sachbearbeiter intern (Kürzel)	
Ware in Originalverpackung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rücksendung entspricht gelieferter Ware	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ware vollständig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sicht- u. Funktionsprüfung o.k.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Prüfung durch:		geprüft am:	

▶▶ Sehr geehrter Kunde,

um Ihr Reparatur so schnell wie möglich bearbeiten zu können, bitten wir Sie, uns den Grund/Gründe möglichst genau anhand der unten aufgeführten Skizze zu beschreiben.

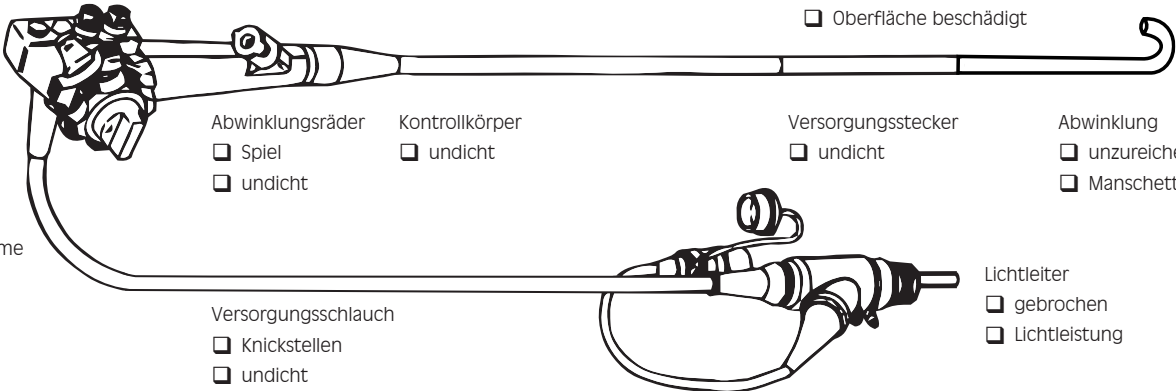
Bitte kreuzen Sie den zu reparierenden Teil an.

Um eine detailliertere Beschreibung der Reparatur zu erhalten, bitten wir Sie, dies unten im aufgeführten Feld für Bemerkungen einzutragen. Vielen Dank.

▶▶ Angaben zur Reparatur flexibles Endoskop

Wir bitten um Reparatur folgender Mängel. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ventile/Funktionsknöpfe <input type="checkbox"/> undicht <input type="checkbox"/> gestört	L/W Insufflation <input type="checkbox"/> gestört	Instrumentierkanal <input type="checkbox"/> undicht <input type="checkbox"/> verengt	Einführschlauch <input type="checkbox"/> Knickstellen <input type="checkbox"/> undicht <input type="checkbox"/> Oberfläche beschädigt	Distalende <input type="checkbox"/> Linsen/Optik <input type="checkbox"/> Düsen
--	---	---	---	--



Okular <input type="checkbox"/> undicht <input type="checkbox"/> trübe <input type="checkbox"/> Bild gestört	Abwinklungsräder <input type="checkbox"/> Spiel <input type="checkbox"/> undicht	Kontrollkörper <input type="checkbox"/> undicht	Versorgungsstecker <input type="checkbox"/> undicht	Abwinklung <input type="checkbox"/> unzureichend <input type="checkbox"/> Manschette undicht
--	---	---	---	---

Elektronik <input type="checkbox"/> CCD-Probleme <input type="checkbox"/> Bild gestört <input type="checkbox"/>	Versorgungsschlauch <input type="checkbox"/> Knickstellen <input type="checkbox"/> undicht	Lichtleiter <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> Lichtleistung
---	---	--

▶▶ Bemerkungen

Pflichtfelder! Jedes Feld ist vom Kunden auszufüllen.
Andernfalls ist eine Annahme der Rücksendung nicht möglich.