



F_360

Reklamationsformular / Complaint form

Revision:
V«Ausgabestand»
Datum / Date:
06.05.2025
15:36«Freigegeben_a
m»
Seite / Page: 1 / 2

| | | | |
|---|--|---|---|
| Ersteller Name <i>Creator Name</i> | | | |
| Funktion <i>Function</i> | | | |
| Firma + Kundennummer <i>Company + Customer number</i> | | | |
| Erstelldatum des Formulars <i>Creation date of form</i> | | | |
| Datum des Vorfalles <i>Date of incident</i> | | | |
| Reklamation durch <i>Complaint by</i> | <input type="checkbox"/> Telefon <i>Phone</i> | <input type="checkbox"/> eMail | <input type="checkbox"/> Andere: <i>Other:</i> |
| Krankenhaus (inkl. Adresse) <i>Hospital (incl address)</i> | | | |
| Verantwortlicher Arzt <i>Responsible physician</i> | | | |
| Kontaktdaten <i>Contact details</i> | | | |
| Verantw. Händler und Handelsvertreter (inkl. Kontaktdaten) / Dealer and sales rep. in charge <i>(incl. contact details)</i> | | | |
| Grund der Reklamation, Beschreibung (wenn möglich bitte Bilder mitsenden) / <i>Reason for complaint, description (pls. also attach pictures if possible)</i> | | | |
| | | | |
| Artikelnr. <i>Art.-no.</i> | | Charge / Seriennr. <i>Lot / Serial number</i> | |
| Produkt wurde zu Möller zurückgeschickt? <i>Product returned to Möller?</i> | <input type="checkbox"/> Ja <i>Yes</i> | Wie viele / Wann? <i>How many / when?</i> | |
| | <input type="checkbox"/> Nein <i>No</i> | Warum nicht? <i>Why not?</i> | |
| Wurde das Produkt im Patienten angewendet? <i>Was Product used in patient?</i> | <input type="checkbox"/> Nein <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Ja <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Unbekannt <i>Not known</i> |
| Ist das Produkt kontaminiert? <i>Is product contaminated?</i> | <input type="checkbox"/> Nein <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Ja + entsprechend beschriftet <i>Yes + labelled accordingly</i> | <input type="checkbox"/> Ja, nicht entsprechend beschriftet <i>Yes, not labelled accordingly</i> |
| Wurde der Patient verletzt? <i>Was patient injured?</i> | <input type="checkbox"/> Nein <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Ja <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Unbekannt <i>Not known</i> |
| Art des Eingriffs/Indikation? <i>Kind of procedure/indication?</i> | | | |
| Art der Technik? <i>Kind of technique?</i> | | | |
| Wurden Maßnahmen des Händlers ergriffen? <i>Have measures been taken by the dealer?</i> | <input type="checkbox"/> Nein <i>No</i> | <input type="checkbox"/> Ja. Welche (z.B. Ersatz)? <i>Yes. What (e.g. Replacement)?</i> | |

Bitte an folgende eMail-Adresse senden: QM@moeller-medical.com

VERTRAULICH / CONFIDENTIAL



F_360
Reklamationsformular / Complaint form

Revision:
V«Ausgabestand»
Datum / Date:
06.05.2025
15:36«Freigegeben_a
m»
Seite / Page: 2 / 2

Please send to the following eMail address: