

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:  
Please send to the following eMail address:

[QM@moeller-medical.com](mailto:QM@moeller-medical.com)