

Formularz Reklamacji Jakościowej

DANE ZGŁASZAJĄCEGO

Imię, nazwisko / firma:

Adres – ulica, kod pocztowy, miejscowość:

Numer telefonu:

DANE REKLAMOWANEGO WYROBU

Symbol wyrobu:

Numer partii / numer seryjny:

Liczba wyrobów reklamowanych:

Liczba wyrobów zwracanych:

Numer faktury / numer umowy:

Data zakupu:

Czy reklamowane / zwracane wyroby zostały zdezynfekowane?

Tak

Nie

POWÓD REKLAMACJI, OPIS WADY, DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Powód reklamacji / opis zgłaszanej wady:

Data zdarzenia:

Okoliczności zdarzenia:

- przed użyciem
 podczas dezynfekcji
 w trakcie przygotowania do terapii / zabiegu
 podczas terapii / zabiegu
 po terapii / zabiegu
 nieznanie
 out-of-box

Czy wystąpiła sytuacja zagrażająca pacjentowi, użytkownikowi lub osobom trzecim?*

Tak Nie Nie dotyczy

Czy sytuacja miała wpływ na stan zdrowia pacjenta?*

Tak Nie Nie dotyczy

Czy wystąpiła konieczność przeprowadzania dodatkowej interwencji medycznej?*

Tak Nie Nie dotyczy

Czy sytuacja wpłynęła na wydłużenie czasu zabiegu?*

Tak Nie Nie dotyczy

Czy w związku z sytuacją konieczne było wydłużenie czasu hospitalizacji?*

Tak Nie Nie dotyczy

Informacje o pacjencie:

Wiek:

Płeć:

*Jeżeli w którymkolwiek z powyższych pytań zaznaczono odpowiedź „Tak”, konieczne jest podanie szczegółowych informacji dotyczących zdarzenia.

Data

Podpis

WYROBY MEDYCZNE

Aesculap Chifa Sp. z o.o.
ul. Tysiąclecia 14 | 64-300 Nowy Tomyśl

Dział Zarządzania Jakością – Reklamacje

ul. Tysiąclecia 14 | 64-300 Nowy Tomyśl
tel. 61 44 20 132 / +48 795 420 252
tel. 61 44 20 136 / +48 602 498 414
fax. 61 44 37 500
e-mail: reklamacje.pl@bbraun.com

PRODUKTY LECZNICZE

Pani Joanna Janosz – Kowalczyk
tel. +48 606 330 512
e-mail: joanna.janosz-kowalczyk@bbraun.com

Pani Sabrina Zielińska
tel. +48 532 727 020
e-mail: sabrina.zielinska@bbraun.com