

	Reklamations- / Serviceblankett	Ärende ID
		Sida: 1 (1)

Kontaktinformation kund

Namn (företag, klinik e dyl.)		Avdelning
Adress		
Kontaktperson	Telefon	E-mail
Svar önskas till kontaktperson enligt ovanstående adress: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Information/svar skickas även till E-mail		
Information/svar skickas även till E-mail		

Ärende och produktinformation

Reklamation <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/>	Produktbeteckning	Artikel nr.
Lot/serie nr.	Antal felaktiga produkter	Order nr.
Produkter skickade/lämnade i retur <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum	Önskas ersättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Händelseförlopp/felbeskrivning

Händelsen upptäcktes <input type="checkbox"/> Före användning <input type="checkbox"/> Under användning <input type="checkbox"/> Efter användning		
Händelsedatum:	Rapporteringsdatum:	Bilagor/ foto <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<i>Beskrivning</i>		

Allvarlighet – Skada på patient eller användare

Medförde händelsen skada eller allvarlig försämring av hälsotillståndet eller skulle det kunna medföra detta om felet återkom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilken påverkan på patient eller användare

Skicka ifylld blankett till: Gällande Reklamationer e-mail: QA@mediplast.com
 Gällande Service / Reparation e-mail: Repair@mediplast.com

Detta avsnitt fylls i av Mediplast QA	
Reklamation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Motivera vid Nej</i>	Mottaget Datum
Skickat ersättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ärende stängt Datum / Signatur
Produkt i retur <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	