

REPARATURBEGLEITSCHIN

Bitte digital ausfüllen, speichern, ausdrucken und dem eingesandten Produkt beilegen.

Mit * gekennzeichnete Angaben benötigen wir für eine zügige Bearbeitung.

WICHTIGER HINWEIS

Bitte keine Patientennamen, Patientennummern, Bilder oder sonstige Gesundheitsdaten eintragen oder mitsenden. Einweg-Produkte sind nicht zur Reparatur vorgesehen.

01 KUNDEN- UND KONTAKTDATEN

Praxis / Klinik / Unternehmen *

Kundennummer *

Ansprechpartner/in *

Straße / Hausnummer *

PLZ / Ort *

E-Mail *

Telefon *

Ihre in diesem Formular angegebenen Daten und Informationen werden im Rahmen unserer Servicebearbeitung gespeichert, um zukünftige Anliegen schneller und effizienter bearbeiten zu können.

02 PRODUKT / GERÄT

Produktbezeichnung / Typ *

Seriennummer *

MITGESENDETES ZUBEHÖR☐ Netzteil☐ Kabel☐ Kamerakopf☐ Adapter☐ Sonstiges

REPARATURANGABEN

Je genauer die Fehlerbeschreibung, desto schneller können wir die Prüfung und Rückmeldung durchführen.

03 FEHLERBESCHREIBUNG

Fehlerbeschreibung *

04 KOSTENFREIGABE

Kostenfreigabe *

Interne Referenz / Kostenstelle

05 HYGIENE- UND VERSANDBESTÄTIGUNG

- ☐ Das Produkt wurde vor dem Versand gemäß den anwendbaren Vorgaben gereinigt / aufbereitet.
- ☐ Das eingesandte Produkt weist keine erkennbare Kontamination auf.
- ☐ Das Produkt ist transportsicher verpackt; Zubehör und lose Teile sind eindeutig zugeordnet.

06 BESTÄTIGUNG UND ABSENDER

Name der absendenden Person *

Datum / Unterschrift *

Bereits bestehende Korrespondenz zum Sachverhalt (Mitarbeiter/in, falls bekannt)