

Name des Kunden / Kundennummer: \_\_\_\_\_

REF Nummer und Größe: \_\_\_\_\_ Stückzahl: \_\_\_\_\_

Chargennummer: \_\_\_\_\_

Datum der Meldung: \_\_\_\_\_ Datum des Ereignisses: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen, ob im Zusammenhang mit unserem Produkt weitere Geräte oder Zubehör/Pharmazeutika genutzt/verbunden waren:

 trifft nicht zu  trifft zuwenn zutreffend bitte angeben mit  
Herstellerangaben: \_\_\_\_\_Wann ist der Fehler aufgetreten?  Vor Gebrauch  Beim Gebrauch

Was ist genau passiert?

---

---

---

---

Welche Maßnahme wurde getroffen?

---

Wie ist nun der Zustand des Patienten?

Ist das Medizinprodukt sichergestellt und dekontaminiert (bitte  
Dekontaminationszertifikat beifügen)  Ja  Nein

Wie lange wurde das Produkt benutzt? \_\_\_\_\_

Wann wurde das Produkt eingesetzt? \_\_\_\_\_

Wurde das Produkt während des Gebrauchs gereinigt/desinfiziert/sterilisiert?  Ja  Nein

wenn ja, womit? Wie? Und wie oft?

---

Warum hat der Patient eine Kanüle?

---

Wie wurde das Tracheostoma angelegt?        Chirurgisch        Percutaneous

Welche Grunderkrankung hat der Patient?

---

Sind Fotos von dem fehlerhaften Produkt verfügbar?        Ja        Nein

In welcher Einrichtung ist der Patient?

   Krankenhaus        Reha-Station        zu Hause

Kontaktperson für Rückfragen:

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Meldende Person des Ereignisses (Krankenhaus, Arzt, Pfleger oder andere)

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Fax.Nr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Empfänger der Reklamation: \_\_\_\_\_

Ort	Datum	Name Medizinprodukteberater	Unterschrift