



Reklamation medicintekniska produkter

Ifylld blankett skickas via e-post till: reklamation.sverige@fresenius-kabi.com

Glöm inte ange din e-postadress.

Ort och datum:				
Avsändare:				
Kontaktperson:				
Yrke/Privatperson:				
Sjukhus/Aptek/Annat:				
Adress:				
Telefonnummer:				
E-postadress:				
Typ av produkt:	<input type="checkbox"/>	Pump	<input type="checkbox"/>	Reservdelar
	<input type="checkbox"/>	Infusions- aggregat	<input type="checkbox"/>	Övrigt
Typ av reklamation:	<input type="checkbox"/>	Önskar förklaring men ingen ersättningsprodukt		
	<input type="checkbox"/>	Önskar förklaring och ersättningsprodukt		
Finns reklamerad produkt i förvar?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej



Reklamerad vara

Artikelnummer:			
Produktnamn:			
Serienummer:			
Datum vid upptäckt/inträffande:			
Produkten är rengjord:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Produkten är rengjord av (namn):			
Giltig garanti:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Garanti giltig t.o.m. (ÅÅ-MM-DD):			
Var produkten defekt vid första användning eller uppstart:	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Har defekten direkt eller indirekt orsakat patienten skada eller försämrat patientens hälsa:	<input type="checkbox"/>	Ja, detaljer anges i fältet nedan.	<input type="checkbox"/>
Beskrivning av incident (upptäckt eller det inträffade):			