

Rücksendeformular für Medizinprodukte

Kunden-Nr.*: _____ Name: _____

Artikel-Nr.*: _____ Charge*: _____ Menge*: _____ ST/PACK

Artikelbezeichnung: _____

Lieferschein-Nr.*: _____ Lieferdatum: _____

*Pflichtfeld – muss zwingend ausgefüllt sein

Aufgrund der gesetzlichen Vorschriften und vor allem zum Schutz unserer Mitarbeiter, benötigen wir zu jeder Rücksendung einen unterschriebenen „Dekontaminationsnachweis“. Bitte stellen Sie sicher, dass dieser **jeder Produktrücksendung** (Reklamation / Reparatur / anderer Rücksendegrund) ausgefüllt und unterschrieben beigefügt ist. Bei Nichterhalten dieses Dokuments bzw. einer vergleichbaren Bestätigung behalten wir uns vor, die Ware kostenpflichtig zu reinigen, zu desinfizieren und zu sterilisieren bzw. an den Absender zurückzusenden. Verpacken Sie die Produkte so, dass für unser Personal im Wareneingang beim Auspacken kein Verletzungsrisiko besteht.

Rücksendegrund

Rückgabe ungeöffneter Produktverpackungen wegen Fehlbestellung

Reklamation – bitte „Reklamationsgrund“ auf Seite 2 ausfüllen

Andere: _____

Kontakt für Rückfragen

Name: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Unterschrift: _____

Dekontaminationsnachweis

Wir bestätigen hiermit, dass

- die Packung nicht geöffnet wurde und die Rücksendung innerhalb von 30 Tagen nach Bestellung erfolgte
- dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e nicht mit Blut, Gewebe oder anderen Körpersubstanzen/-flüssigkeiten in Kontakt gekommen ist/sind und eine hygienische Unbedenklichkeit bestätigt werden kann.
- dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e während der Anwendung mit Blut, Gewebe oder anderen Körpersubstanzen/-flüssigkeiten in Kontakt gekommen ist/sind und gemäß der geltenden Hygieneanforderungen von Medizinprodukten sowie den Vorgaben desinfiziert, gereinigt und sterilisiert wurde/n.

Angaben zur Desinfektion, Reinigung und Sterilisation:

- Desinfektion und Reinigung erfolgte manuell. Verwendetes Mittel: _____
- Desinfektion und Reinigung erfolgte maschinell
- Dampfsterilisation (5 Min. bei 134°C)
- Anderes Verfahren (bitte angeben): _____

- dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e konnten nicht dekontaminiert werden!
→ Begründung: _____
- dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e an Patienten mit einer Prionenerkrankung angewendet wurde/n.

Mit nachfolgender Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift (und Name in Druckbuchstaben)

Reklamationsgrund

Auftreten

- vor Behandlungsbeginn
- während der Therapie in der Praxis
- während der Anfertigung
- außerhalb der Praxis, intraoral

Details:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151 · 75172 Pforzheim
Telefon: 07231-4590 · info@forestadent.com