

Bitte senden Sie uns das zu reklamierende Medizinprodukt und das ausgefüllte Formular an:

Medworx GmbH | Hauptstr. 62|D -16348 Wandlitz OT Schönwalde.

Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte zusätzlich an: [reklamation@medworx.team](mailto:reklamation@medworx.team)

Vom Kunden auszufüllen			
Datum	Kunde	Ansprechpartner (Name, Vorname)	
Telefon/ Mobil	E-Mail Adresse		
Angaben zum Produkt			
SGB ID	Lieferschein- Nr.	Serien-Nr./ UDI	Rep.-Datum
Hersteller/ Artikel-Nr.		Produktbezeichnung	
Reklamationsgrund			
<input type="checkbox"/> Fehlerhafte Kennzeichnung <input type="checkbox"/> Medizinprodukt weist Oberflächenveränderung auf <input type="checkbox"/> Medizinprodukt weist Mängel auf ( <i>Bitte unter Bemerkung konkretisieren</i> ) <input type="checkbox"/> Medizinprodukt entspricht nicht der Lieferscheinangabe ( <i>Bitte unter Bemerkung konkretisieren</i> ) <input type="checkbox"/> Sonstiges ( <i>Bitte unter Bemerkung konkretisieren</i> )			
Bemerkungen			
Fehlerfolge			
Patientenschaden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auswirkung <input type="checkbox"/> Sonstige:			
Von Medworx auszufüllen			
Neue SGB ID			
Fehlerursache			
<input type="checkbox"/> Auftragserfassung <input type="checkbox"/> Reparatur <input type="checkbox"/> Kennzeichnung <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Anwenderfehler			
Fehlerbewertung			
<input type="checkbox"/> <i>Berechtigt:</i> <input type="checkbox"/> kritisch (Unbrauchbares MP/ Patientenschaden) <input type="checkbox"/> unkritisch <input type="checkbox"/> <i>Unberechtigt:</i> <input type="checkbox"/> keinen Fehler festgestellt <input type="checkbox"/> nur Information			
Korrekturmaßname, bzw. Sofortmaßnahme		Maßnahme nicht notwendig/ Begründung	
Kunde wurde über Bearbeitungsstatus informiert		von:	am:
<input type="checkbox"/> per Telefon <input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> per Fax			

Vorgang abgeschlossen am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_