

 Sehr geehrter Kunde, um Ihre Rücksendung so schnell wie möglich bearbeiten zu können, bitten wir Sie, uns den Grund für die Rücksendung so genau wie möglich zu beschreiben. Ohne Angaben eines Grundes können wir leider Ihre Rücksendung nicht bearbeiten. Bitte haben Sie hierfür Verständnis. Bitte senden Sie uns auch die Ware im Originalzustand in Originalverpackung zurück!

 Stornierung

 Falschlieferung

 Reklamation

Adressdaten / Kontaktdaten

Name:		Postleitzahl:	
E-Mail:		Ort:	
Telefon:		Land:	
Firma / Klinik / Praxis:			

Artikeldaten

Artikelbeschreibung		Artikel-Nr.	
Kaufdatum		Stückanzahl	
Rechnungs-Nr.		Chargen-Nr.	
		Serien-Nr.	

Rücksendehinweis zur Hygiene

Im Medizinproduktegesetz (MPG) und in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind an die Aufbereitung von gebrauchten Medizinprodukten zahlreiche gesetzliche Anforderungen formuliert. Da diese Medizinprodukte eine Quelle von Infektionen beim Menschen sein können, ist eine sach- und fachgerechte Aufbereitung dieser Medizinprodukte ein unverzichtbares Muss; insbesondere vor dem Transport. Ich bestätige hiermit, dass (das/die entsprechende/n Kästchen ankreuzen):

- das anbei liegende Medizinprodukt **NICHT** mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist und somit hygienisch unbedenklich ist. Dies wird durch Unterschrift (s.u.) bestätigt.
- das anbei liegende Medizinprodukt während der Anwendung mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist. Das Produkt wurde gereinigt und folgendermaßen dekontaminiert:

Desinfektion		Sterilisation	
<input type="checkbox"/>	manuelle Dekontamination, nur wenn das Medizinprodukt nicht im RDG aufbereitet werden kann	<input type="checkbox"/>	Dampfsterilisiert
<input type="checkbox"/>	Maschinelle Aufbereitung (chemisch - thermisch) - bevorzugt -	<input type="checkbox"/>	anderes Sterilisationsverfahren Angabe: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass das gebrauchte Medizinprodukt entsprechend gereinigt und desinfiziert und somit kein Gefahrgut zur Kontamination darstellt. Ohne diese Angaben ist eine Annahme unsererseits nicht möglich.

Name _____ Datum _____ Unterschrift _____

Pflichtfelder! Jedes Feld ist vom Kunden auszufüllen.
Andernfalls ist eine Annahme der Rücksendung nicht möglich.

Für interne Zwecke

Person Warenannahme (Kürzel)		Ansprechpartner/Sachbearbeiter intern (Kürzel)	
Ware in Originalverpackung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rücksendung entspricht gelieferter Ware	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ware vollständig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sicht- u. Funktionsprüfung o.k.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Prüfung durch:		geprüft am:	

Pflichtfelder! Jedes Feld ist vom Kunden auszufüllen.
Andernfalls ist eine Annahme der Rücksendung nicht möglich.

▶▶ Angaben zur Reklamation/ Falschlieferung/ Stornierung

<input type="checkbox"/>	Falsche Menge	↔	gelieferte Menge:		bestellte Menge:	
<input type="checkbox"/>	Falscher Artikel	↔	bestellter Artikel:		gelieferte Artikel:	
<input type="checkbox"/>	Artikel defekt	↔	Beschreibung:			
<input type="checkbox"/>	Produktmängel	↔	Beschreibung:			
<input type="checkbox"/>	Reparaturmängel	↔	Beschreibung:			
<input type="checkbox"/>	Sonstige Reklamationen	↔	Beschreibung:			

▶▶ Wir bitten um:

<input type="checkbox"/>	Ersatzlieferung	Notiz:	
<input type="checkbox"/>	Gutschrift	Notiz:	
<input type="checkbox"/>	Nachbesserung:	Notiz:	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	Notiz:	

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, die oben aufgeführten Daten zur Rücksendung und Weiterbearbeitung. Bitte beachten Sie, dass die Ware an uns in Originalverpackung zurück gesendet werden muss.

Name

Datum

Unterschrift

Für interne Zwecke

Sachbearbeiter intern (Kürzel)		
genehmigt durch EMOS:		bei Nein bitte kurze Begründung:
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gutschrift Versand:		Unterschrift / Datum
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	