

# Rücksendeformular

Medizinprodukt



Service Nummer: \_\_\_\_\_

Gültig ab:  
17.09.2021

Freigabe  
Ufuk Özgentürk

Revision  
2

Seite 5 von 6

DCN 1

Sehr geehrter Kunde,  
um Ihr Anliegen so schnell wie möglich bearbeiten zu können, bitten wir Sie, uns den Grund für die Rücksendung so genau wie möglich zu beschreiben

## **Anschrift (ggf. Stempel)**

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## **Artikeldaten**

Hersteller: \_\_\_\_\_

Artikelnummer: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Chargen-/ Seriennummer: \_\_\_\_\_

Menge: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

## **Rücksendegrund**

Funktion: \_\_\_\_\_

Falschlieferung

Transportschäden

Sonstiger Grund: \_\_\_\_\_

## **Anmerkung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Sicherheitsinformation zum Schutz unserer Mitarbeiter**



### **Nachweis der Dekontamination** (bitte zutreffendes ankreuzen)

KEINE Dekontamination notwendig, da das Medizinprodukt nicht verwendet wurde bzw. das Produkt nicht mit Blut oder anderen Körperflüssigkeit in Kontakt gekommen ist.

Dekontamination notwendig, dass das Medizinprodukt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist.

Ja, das Produkt wurde manuell dekontaminiert. Name Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Ja, das Produkt wurde maschinell dekontaminiert. Batch-Nr.: \_\_\_\_\_

Nein, das Produkt konnte nicht dekontaminiert werden. Grund: \_\_\_\_\_  
Bitte Verpackung von außen deutlich kennzeichnen, dass Gerät nicht dekontaminiert ist!

Hiermit bestätige ich die Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**  
**Ihr EMOS- Team**