

Um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Rücksendung/Reparatur zu garantieren, bitten wir Sie, diesen Antrag auszufüllen und zur Freigabe per E-Mail an Tekno-Medical zu senden.

Bitte bringen Sie eine Kopie des freigegebenen Antrages an der Außenseite des Pakets an.

**Vielen Dank!**

For better working on your return/repair shipments, please fill in this form and send it by e-mail back to Tekno-Medical for approval. Please put a copy of the approved form on the outer side of the parcel.

Thank you!

**Firma / Company**

**Adresse / Address**

**Land / Country**

**Telefon / Phone**

**Fax / Fax**

**E-Mail / E-mail**

**Ansprechpartner / Contact person**

Artikelnummer Item code	Menge Quantity	Seriennummer Lot number	Rücksendegrund Reason for return/repair

**Produkte wurde am Patienten angewendet. / Products have been used on the patient.**

**Ja / Yes**

**Nein / No**

**Bestätigung der Sterilität / Confirmation of sterility**

**Sterilisationsmethode / Sterilization method**

**Datum / Date**

**Hiermit bestätigen wir, dass die retournierten Instrumente frei von Kontamination sind und vor der Rücklieferung gereinigt, desinfiziert und sterilisiert wurden.**

We confirm that the returned instruments are free from contamination and have been cleaned, disinfected and sterilized prior to their shipment.

**Tekno-Medical behält sich vor, verunreinigte Produkte zurück zu schicken.**

Tekno-Medical reserves to return contaminated products.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Kunde / Signature customer**

\_\_\_\_\_  
**Datum / Date**

-----  
**Freigabe durch GL Tekno-Medical / Approval by Tekno-Medical Management:** \_\_\_\_\_

**RMA-Nr. / RMA-No:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Tekno-Medical / Signature Tekno-Medical**

\_\_\_\_\_  
**Datum / Date**

Dieser Fragebogen muss für alle Rücksendungen aufgrund von Reparaturen oder Reklamationen ausgefüllt werden. Für jedes einzelne Produkt wird ein separater Fragebogen benötigt.

This questionnaire is to be completed for all returns referring to repairs or complaints. Use one separate questionnaire for each individual product.

Artikelnummer *Reference*: \_\_\_\_\_ Lot-Nr.: \_\_\_\_\_

Wurde das Produkt am Patienten eingesetzt? *Has the product been used on a patient?*

Ja Yes       Nein No

Trat die Fehlfunktion während der Anwendung auf? *Did the non-conformity appear during use?*

Ja Yes       Nein No

Wurden Patient, Anwender oder Dritte verletzt? *Were patients, users or third persons affected?*

Ja Yes       Nein No

Wurde eine Operation *Was a surgical intervention to be*

verlängert? *extended?:*       Ja Yes       Nein No

verzögert? *delayed?:*       Ja Yes       Nein No

verschoben? *postponed?:*       Ja Yes       Nein No

War ein weiterer medizinischer Eingriff notwendig? *Was a further surgical intervention necessary?*

Ja Yes       Nein No

Wurde der Vorfall den Behörden gemeldet? *Has the incident been reported to authorities?*

Ja Yes       Nein No

Wenn ja Behörde und Nr. der Meldung: \_\_\_\_\_

*If yes, authority and case number:* \_\_\_\_\_

Datum des Vorfalls: *Date of the incident:* \_\_\_\_\_

Detaillierte Beschreibung des Vorfalls: *Detailed description of the incident:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum und Unterschrift *Date and signature:* \_\_\_\_\_