

# REKLAMATIONSBERICHT §23

RMA



**BETREIBERANGABEN** Stempel oder Adresse/Firma/Organisation/Klinik/Betreiber/Name  
**User/Owner Details**

Der Betreiber ist/the user is  
**Privatperson**  Firma  Gemeinde/Stadt  Verein  Hilfsorganisation  Klinik/Reha   
 Freizeit/Sport  Schule  Bank/Versicherung  Hotel  Justiz/Polizei  Apotheke/Praxis

Straße/Nr./Street, No.

PLZ/Zip  Ort/City

NAME DER VERANTWORTLICHEN PERSON/ Name of the responsible Person

Vorwahl/Area code  Telefon/Phone  Durchwahl/Direct

E-Mail (unbedingt erforderlich!)/E-Mail address

## GERÄTESTAMMDATEN §12 Abs. 2/ §13 Device Details

Vom Gerätebeauftragten, Sicherheitsbeauftragten oder autorisierten Person auszufüllen! §30/§5  
 Reklamiert wird:

**DEFIBRILLATOR**  Marke/Fabrikat

**TYP**  
 PDU400   
 SAM300/P   
 SAM350   
 SAM360   
 SAM500

Ser. Nr.  CE

**Garantie?** JA  NEIN  **Software**   
Guarantee? YES NO Software Vs.

**Letzte STK-Prüfung §11**  **Befreit**   
Last STK-Approval Not required

**ZUBEHÖR/Accessories**

**TYP**  
 PAD - PAK  Cartridge  
 PED - PAK  Cartridge  
 Elektroden  Electrodes  
 Batterie  Battery  
 EKG-Kabel  ECG Cable

**Haltbar bis**   
Use until before

**Ser. Nr./LOT**

VOM FACHHÄNDLER AUSZUFÜLLEN

**REKLAMATIONSEINGANG**  **WEITERLEITUNG AM**   
Complaint date Manufacturer information

**KAM JEMAND ZU SCHADEN?**  **WENN JA, WER?** Patient   
Was a person harmed? If yes, who? Anwender/User

**War der Anwender eingewiesen?** JA  NEIN   
Was the user trained/introduced?

**PATIENTEN DETAILS/ Personal details**

Geschlecht/Sex Männlich/Male  Weiblich/Female   
 Alter/Age  Geburtstag/Date of Birth   
 Überlebt? Survived? JA  NEIN   
 Vorerkrankungen/Pre-conditions JA  NEIN

**MELDERDATEN/Who complains?**

Vorname  Name   
 Telefon/Phone

**ANWENDER/User?**

Vorname  Name   
 Telefon/Phone

## WAS IST PASSIERT/What's the issue?

Datum  Vorname, Nachname  Unterschrift