

Klachtenformulier zorgprofessional

Om uw klacht op de juiste manier te kunnen behandelen en indien nodig te laten onderzoeken door de fabrikant hebben wij onderstaande informatie nodig. Daarnaast ontvangen wij het betreffende product graag samen met dit formulier. Zie ook de aanvullende informatie.

Gegevens

Datum klachtmelding

.....

Ziekenhuis / instelling

.....

Afdeling

.....

Naam contactpersoon

.....

Functie

.....

Telefoonnummer

.....

E-mailadres

.....

Productinformatie

Artikelnummer / REF

.....

LOT-nummer

.....

Omschrijving/naam product

.....

Maat van het product
(indien van toepassing)

.....

Is het product beschikbaar
voor onderzoek?

.....

Omschrijving klacht

Wanneer is de klacht ontstaan?

.....

Zijn er nog producten met hetzelfde
LOT-nummer aanwezig? Zo ja, hoeveel?

Ja, namelijk

Nee

Wanneer is het product in gebruik
genomen / geplaatst?

.....

Indien het een stemprothese betreft,
welke plaatsingsmethode is gebruikt?

.....

Indien plaatsing middels een inserter,
welk product (REF) is gebruikt?

.....

Is het product **geplaatst** volgens de hand-
leiding van fabrikant of MDS Medical? Ja Nee

Is het product **gebruikt** volgens de hand-
leiding van fabrikant of MDS Medical? Ja Nee

Heeft dit probleem zich eerder
voorgedaan bij deze gebruiker/patiënt? Ja Nee

Zijn er andere producten of medicijnen
gebruikt i.c.m. het betreffende product? Ja, namelijk Nee

Zo ja, zijn deze gebruikt volgens de
handleiding van de fabrikant? Ja Nee

Zijn er complicaties opgetreden n.a.v.
deze klacht? (licht hieronder kort toe)* Ja, namelijk Nee

Was medisch handelen / ingrijpen
noodzakelijk n.a.v. deze klacht? Ja Nee

Omschrijf uw klacht of defect hieronder zo duidelijk en helder mogelijk.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Licht het antwoord hierboven kort toe indien van toepassing

.....

.....

Ondertekening

Datum

Handtekening