

## DOKUMENTATIONSBOGEN INSTRUMENTE & WERKZEUGE

Ihre Informationen sind wichtig! Um die Sicherheit unserer Medizinprodukte dauerhaft zu gewährleisten und zu verbessern, benötigen wir Ihre Unterstützung. **Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus, da wir Ihre Reklamation ansonsten nicht bearbeiten können!**

### Angaben zum behandelnden Arzt/Labor

Zahnarzt     Oralchirurg     MKG     Labor

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Artikel:

Artikel: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_ Chargen/Lot-Nr.: \_\_\_\_\_

Artikel: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_ Chargen/Lot-Nr.: \_\_\_\_\_

Artikel: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_ Chargen/Lot-Nr.: \_\_\_\_\_

**Reklamationsgrund:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Instrumente und Werkzeuge:

Ungefähre Anzahl der Anwendungen

erstmaliger Gebrauch     2-5     6-10     11-15     über 15

Art der Reinigung:     Manuell     Ultraschall     Thermodesinfektion     Andere \_\_\_\_\_

Art der Sterilisation:     Autoklavierung     Trockenhitze     Chemiklavierung

Sind gesundheitliche Beeinträchtigungen des Patienten aufgetreten?     ja     nein

Wenn ja, in welcher Form? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Nur für interne Zwecke:

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_ Fallbericht-Nr.: \_\_\_\_\_ Re-Nr.: \_\_\_\_\_

## IHR VERSANDETIKETT

**Bitte verwenden Sie das unten stehende Versandetikett, da die Lieferung sonst nicht bearbeitet werden kann und vernichtet werden muss.**

### Ihre und unsere Sicherheit ist uns wichtig!

Deshalb bitte die gereinigten Artikel in geeignete Folie einschweißen, sterilisieren und diese – unbedingt in einem gepolsterten Umschlag/Paket verpackt – an **Medical Instinct<sup>®</sup> Deutschland GmbH, Graseweg 24, 37120 Bovenden** senden.

**Absender**

---

---

---

---

Bitte  
ausreichend  
frankieren



**Medical Instinct<sup>®</sup> Deutschland GmbH**

**Graseweg 24  
37120 Bovenden**