



# Reklamationsbogen

**Bitte füllen Sie für jedes reklamierte Bauteil einen separaten Bogen aus!**

**Die Artikel bitte einzeln verpackt in Sterilisationsfolie und nach Gebrauchsanweisung sterilisiert an die Niederlassung Ihres Landes senden:**

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
| SIC invent AG<br>Aeschengraben 20<br>4051 Basel | SIC invent Deutschland GmbH<br>Willi-Eichler-Strasse 11<br>37079 Göttingen | SIC invent Austria GmbH<br>Kohlmarkt 7 / Stg. 2 / 58<br>1010 Wien | Praxis: |
|---|--|---|---------|

**Bitte bestätigen Sie die Artikel der Rücksendung sterilisiert und einzeln in Sterilisationsfolie verpackt zu haben!**

Dampfsterilisation: .....  
andere Methode: ..... Datum/Unterschrift: .....

## Kunde/Chirurg

Name ..... Telefon .....  
Straße ..... Kundennummer .....  
PLZ/Ort .....

## Anlagen

Bezeichnung .....  
REF / Artikel-Nr. .....  
LOT / Chargen-Nr. .....  
UDI-DI .....

## Röntgenbilder:

Vor Implantation  
Nach Implantation  
Nach Explantation

## Kurzbeschreibung des Sachverhaltes

Hatte das Ereignis eine Verletzung oder den Tod des Patienten zur Folge?

Ja      Nein

War infolgedessen ein medizinischer oder chirurgischer Eingriff erforderlich?

Ja      Nein

**Reklamationsgrund:**

- A) **Verfärbung/Korrosion:**
  - a) Anzahl der Sterilisationszyklen .....
  - b) Art der Reinigung .....
  
- B) **Funktionsbeeinträchtigung:** .....
  
- C) **Sonstiges:** .....

---

**Kausalzusammenhang im Falle eines Implantat- bzw. Chirurgie-Produktes:**

|                         |                             |                              |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Phase der Auffälligkeit | Einheilphase                | Wiedereröffnung              |
|                         | Vor prothetischer Belastung | Nach prothetischer Belastung |

---

**Einflussfaktoren im Falle eines Prothetik-Produktes:**

|                                  |                                  |                                    |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Drehmomentbestimmung<br>mittels: | Drehmomentratsche<br>Winkelstück | Ohne Drehmomentbestimmung<br>..... |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

---

|  |    |      |
|--|----|------|
| Wurde das Produkt<br>individualisiert: | Ja | Nein |
|--|----|------|

Wenn ja, inwieweit wurde das Produkt individualisiert:

Datum ..... Unterschrift .....