

Klachtenformulier

Hoe gebruikt u het klachtenformulier?

Onderstaand de voorwaarden voor het toepassen en het inzenden van het klachtenformulier (S0001-20160706-v1-KL-NL) en het verzenden van het betrokken product.

U meldt uw klacht bij uw Atos Medical vertegenwoordiger. Na onderling overleg wordt de klacht opgehaald of opgestuurd.

- Het klachtenformulier dient volledig en naar waarheid te worden ingevuld.
- Het klachtenformulier dient ondertekend te worden door de betreffende medische zorgverlener.
- Indien het product beschikbaar is voor onderzoek, dient het op de navolgende wijze te worden verzonden:
 - o Indien mogelijk, dient het product voor verzending gesteriliseerd te worden.
 - o Het product dient in een afgesloten grip-zakje te worden verpakt en wordt opgehaald door uw vertegenwoordiger of in een doos verzonden naar Atos Medical.
 - o Stemprotheses en ook andere niet steriliseerbare producten dienen in een afgesloten koker of bakje gevuld met alcohol in twee grip-zakjes te worden verpakt en worden opgehaald door uw vertegenwoordiger of in een doos verzonden naar Atos Medical.
 - o Adres: Atos Medical BV, T.a.v. Kim Lagerweij, Antwoordnummer 10248, 2700 VB Zoetermeer.

Behandeling

Zodra het product beschikbaar is voor onderzoek, dan sturen wij deze inclusief de van u verkregen informatie op naar ons hoofdkantoor of onze leverancier waar het uitgebreid onderzocht wordt op afwijkingen of defecten. Indien mogelijk en wenselijk zal het product worden gerepareerd. U ontvangt van ons de evaluatie, eventueel samen met het gerepareerde- of vervangende product. Atos Medical BV geeft echter geen garanties voor het vervangen of repareren van een product. Het behandeltraject neemt gemiddeld 4 weken in beslag, tenzij anders aangegeven.

Vragen?

Voor nadere vragen over onze klachtenprocedure kunt u contact opnemen met Kim Lagerweij, QMS coördinator, via telefoonnummer: 079-593 50 34 of e-mail: kim.lagerweij@atosmedical.com.

Klachtenformulier

Gegevens

Melding van Ziekenhuis / Patiënt / Groothandel Naam _____

Afdeling _____

Telefoonnr. _____

Contactpersoon _____

E-mailadres _____

Productinformatie

Ref.nr. _____

LOT-nummer _____

Omschrijving _____

Serienummer _____

Wanneer is de klacht ontstaan (datum)? _____

Hoe lang is het product gebruikt? _____

Is dit probleem eerder ontstaan bij deze gebruiker/patiënt? Ja Nee

Is het product gebruikt volgens de instructies? Ja Nee

Is het product beschikbaar voor onderzoek? Ja – retourneren Nee

Zijn er nog producten met hetzelfde LOT-nummer aanwezig? Ja Nee

Zijn er andere producten/medicijnen gebruikt i.c.m. het product? Ja – welke? Nee

Status van patiënt

Onveranderd

Anders, zie omschrijving

Omschrijving van de klacht of defect van het product (Graag een zo gedetailleerd mogelijke omschrijving)

Bijlage(n): _____ Datum: _____ Handtekening: _____

Na invullen van dit formulier, na overleg met uw vertegenwoordiger, dit formulier samen met het product opsturen naar: Atos Medical BV, t.a.v. Kim Lagerweij -
Antwoordnummer 10248, 2700 VB ZOETERMEER