



Kundenbeschwerde

Kundenbeschwerden

RC _____

Name des Arztes

Name des
Chirurgen/Arztes

Einrichtung/Adresse

Telefon

Krankenhaus/Klinik/Adresse

Telefonnummer

Betreffende Referenz
Produktreferenz

Chargennummer
Chargennummer

Betroffene Menge
Menge

FESTSTELLUNG/BEOBSACHTUNG

Datum der
Feststellung

Datum der
Beobachtung

Gegenstand der
Feststellung
Art der Beobachtung

☐ Nicht konformes Produkt
Nicht konformes Produkt

☐ Unerwünschtes Ereignis
Unerwünschtes Ereignis

☐ Sonstiges (bitte angeben)
Sonstiges (bitte angeben)

☐ Verpackung/Etikettierung/Kennzeichnung
Verpackung/Etikettierung/Kennzeichnung

☐ Beschwerde Logistik
Beschwerde bezüglich der Logistik

☐ Dokumentation
Dokumentation

Detaillierte Beschreibung des Mangels/der Beobachtung

Ausgefüllt
am:

Von:
Von:

Unterschrift:
Unterschrift

Ausgefüllt am

Bitte senden Sie dieses Dokument nach dem Ausfüllen an VIVACY zurück
Nach dem Ausfüllen senden Sie dieses Formular bitte an VIVACY zurück

Name des Arztes

Chirurg / Name des Arztes

Einrichtung/Adresse/Telefon

Krankenhaus/Klinik/Adresse

Telefonnummer

Betroffene Referenz
Produktreferenz

Chargennummer
Chargennummer

Betroffene Menge
Menge

BEOBACHTUNG

Datum der

Beobachtung

Datum der Beobachtung

Gegenstand der

Beobachtung

Art der Beobachtung

☐ Nicht konformes
Produkt

*Nicht konformes
Produkt*

☐ Nebenwirkungen
Unerwünschtes Ereignis

☐ Sonstiges (bitte angeben)
Sonstiges (bitte angeben)

☐ Verpackung/Etikettierung/Kennzeichnung
Verpackung/Etikettierung/Kennzeichnung

☐ Beschwerde bezüglich der Logistik
Beschwerde bezüglich der Logistik

☐ Dokumentation
Dokumentation

Detaillierte Beschreibung des Mangels/der Beobachtung

Eingereicht

am:

Abgeschlossen

Von:

Von:

Firma:

Unterschrift

am

Bitte senden Sie dieses Dokument nach dem Ausfüllen an VIVACY zurück
Bitte senden Sie dieses Formular nach dem Ausfüllen an VIVACY zurück