



RETUR / REKLAMATION

Denna Retur/Reklamationsblankett skickas till E-post: info@decon.se. Vid eventuell allvarlig händelse skicka även till vigilance@decon.se. Blanketten kommer att registreras hos Decon och tilldelas ett reklamationsnummer.

1. Vid behov av mer information kontaktar Decon angiven kontaktperson
2. Vid retur av produkt: Bifoga kopia på detta dokument i försändelsen
3. Märk försändelsen med "Reklamation"
4. Vid fel på huvudprodukt, skicka komplett enhet (alla hjul, batteri, kablar, laddare etc.)
5. Återkoppling från Decon via ordererkännande

Adress för retur;
Decon Wheel AB
Södra Ekeryd 119
314 91 Hyltebruk

Kundinformation.

Datum:	Reklamationsnummer: (Fylls i av Decon)
Kundnr:	Telefon nr:
Kundnamn:	Mobiltelefon nr:
Kontaktperson:	E-postadress:
Adress: (för ev. upphämtning och återlämning, eller vid behov av ersättningsprodukt)	

Retur- / Reklamationsorsak (Fylls i av Decon)

Retur utbyte ☐	Garantiärende ☐	Olycka/händelse* ☐	Felbeställning ☐	Retur av lån ☐	Reparation ☐
Retur Ja ☐ Nej ☐			Reklamation Ja ☐ Nej ☐		
Annan orsak ☐					
Produkten skickas till Decon Ja ☐ Nej ☐					
Decons ordernummer:			Kunds inköpsnummer:		

* Vid eventuell allvarlig olycka / händelse, fortsätt på sidan 2.

Beskriv reklamationen

När inträffade felet? (ÅÅÅÅMMDD)	Har produkten rekonditionerats? ☐ Antal:
Vilken rullstol är produkten monterad på:	
Beskriv returen eller reklamationen. Vad har hänt? Hur uppstod felet och omständigheter i samband med detta. (Bifoga gärna foto.)	

Produktinformation

Artikelnummer	Benämning	Serienummer*	Antal	Lev. datum

* Vid reklamation av tillbehör eller enskilda komponenter, ange om möjligt huvudproduktens serienummer.

Feedback/ åtgärd från Decon (fylls i av Decon)

--

För eventuell allvarlig händelse (Skicka även till vigilance@decon.se)

Produktinformation

Artikelnummer	Medicinteknisk produkt	Serienummer*	Antal	Leveransdatum

Vilken rullstol är produkten monterad på:

* Vid reklamation av tillbehör eller enskilda komponenter, ange om möjligt huvudproduktens serienummer.

Ge en utförlig beskrivning av händelsen

Datum då händelsen inträffade? (ÅÅÅÅMMDD)	Har produkten rekonditionerats? ☐ Antal:
Datum då tillverkaren fick kännedom om händelsen? (ÅÅÅÅMMDD)	
Beskriv vad som gick fel med produkten, samt en beskrivning av hälsoeffekterna (om tillämpligt), det vill säga symtom, tillstånd, samt den övergripande hälsopåverkan (det vill säga dödsfall; livshotande; sjukhusvistelse – initial eller förlängd; behövde åtgärd för att förhindra permanent skada; funktionsnedsättning eller permanent skada; medfödd missbildning/födelsedefekter; indirekt skada; ingen allvarlig konsekvens. (Bifoga gärna foto.)	
Vad är enhetens nuvarande plats (om känt)?	
Operatör av produkten vid tidpunkten för händelsen (t.ex. vårdpersonal, patient / användare, annan)?	
Användes produkten för första gången? Yes ☐ Nej ☐ Noterades något problem före användning? Ja ☐ Nej ☐ Om ja, beskriv problemet:	
Åtgärder som vidtagits (t.ex. vårdpersonal, patient / användare, annan) efter händelsen?	

Användarinformation

Antal användare påverkade:	Kön och födelsedatum för användare vid tidpunkten för händelsen:
Vikt och längd av användare:	
Lista eventuella tidigare hälsotillstånd eller medicinering hos användaren/användarna som kan vara relevanta för denna händelse (per användare):	

Uppgiftslämnarens information

Uppgiftslämnarens roll (t.ex. vårdpersonal, användare, patient):	Namn på vårdinrättning:
Vårdinrättningen rapportnummer (om tillgängligt):	Telefonnummer:
Namn:	E-post:
Adress:	