

# Reklamationsformular Complaint Form

Registriernummer  
Register Number

Alle mit \* markierten Felder sind Pflichtfelder, die für die Bearbeitung der Reklamation ausgefüllt werden müssen.  
ALL FIELDS marked \* MUST be completed for an efficient complaint handling.

Firma / company *	Land / Country *	Name des Berichtenden / Name of reporter *
Interne Referenznummer, wenn verfügbar / Internal reference no. if applicable*		Datum / Date of report *

## REKLAMIERENDER / COMPLAINANT

Name und Adresse der Klinik / Name and address of the hospital/clinic * (bitte spezifizieren, wenn z.B. Heimpatient / please specify if other, e.g. home patient)		Datum des Vorfalles / Incident date *
Name des Reklamierenden / Name of the complainant *	Telefon / Phone, complainant	E-Mail / e-mail, complainant

## PRODUKTINFORMATIONEN / PRODUCT INFORMATION FIELD

Steht eine Probe für Untersuchungen zur Verfügung? / Sample available for investigation? <input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nein / No	Ist die Probe kontaminiert? / Is the sample contaminated? <input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nein / No
<b>Bitte keine Proben einsenden, bis Sie eine Bearbeitungsnummer von MTN erhalten und die Proben mit dieser Nummer etikettiert haben.</b> <b>Do NOT send samples until you have received and LABELLED the material with a register number, which will be provided to you by MTN.</b>	

Produktname / Product name *	Artikelnummer / Product code	Chargennummer / Lot No. *
------------------------------	------------------------------	---------------------------

## PROBLEMBESCHREIBUNG / PROBLEM DESCRIPTION

Tod / Death * <input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nein / No (wenn ja, bitte unten beschreiben / if yes, describe in detail below)	Beinahe Vorkommnis / Injury/clinical consequence * <input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nein / No (wenn ja, bitte unten beschreiben / if yes, describe in detail below)
Anzahl der betroffenen Produkte mit der selben Chargennummer / Number of occurrences with the same lot No. * <input type="checkbox"/> unbekannt / unknown	
Wann aufgetreten / Timing of the problem*: <input type="checkbox"/> Vor Gebrauch / Before use <input type="checkbox"/> Während der Behandlung / During treatment <input type="checkbox"/> unbekannt / unknown	
Ausführliche Beschreibung des Problems / Detailed Description of the problem* (Auch wenn Vorfall nicht sicherheitsrelevant war / also if the incident was not safety relevant):	