

Nachweis Dekontamination



Bitte stellen Sie sicher, dass der Nachweis Dekontamination **jeder Produktrücksendung** (Reklamation / Reparatur / anderer Rücksendegrund) ausgefüllt und unterschrieben beigefügt ist. Verpacken Sie Produkte so, dass diese den Transport **unversehrt überstehen** und dass für unsere Mitarbeiter im Wareneingang beim Auspacken kein Verletzungs- oder Kontaminationsrisiko besteht.

Grundsätzlich entsorgen Sie Produkte so, dass bei der Handhabung kein Verletzungs- und Kontaminationsrisiko besteht.

Artikel-Nummer:	Artikel-Bezeichnung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wenn möglich, machen Sie Angaben zur Rechnungs-/Lieferschein-Nr. und/oder LOT-Nr.

Rechnungs- oder Lieferschein-Nr.	LOT-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungs- oder Lieferschein-Nr.	LOT-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rücksendegrund

Wir bestätigen hiermit, dass

- dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e **original verpackt** sind/ist.
- dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e nicht mit Blut, Gewebe oder anderen Körpersubstanzen /-flüssigkeiten in Kontakt gekommen ist/sind. Ich bestätige die **hygienische Unbedenklichkeit** mit meiner Unterschrift.
- dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e während der Anwendung mit Blut, Gewebe oder anderen Körpersubstanzen /-flüssigkeiten in Kontakt gekommen ist/sind. Gemäß der geltenden Hygieneanforderungen von Medizinprodukten sowie den Herstellervorgaben haben wir diese **desinfiziert, gereinigt und sterilisiert**. Ich bestätige die **hygienische Unbedenklichkeit** mit meiner Unterschrift.

Angaben zur Desinfektion, Reinigung und Sterilisation:

- Desinfektion und Reinigung erfolgte manuell
- Desinfektion und Reinigung erfolgte maschinell
- Dampfsterilisation (3 Min. bei 134°C / 15 Min. bei 121°C)
- Anderes Verfahren (bitte angeben): _____

 dem Schreiben beigefügte/s Medizinprodukt/e konnten **nicht dekontaminiert** werden!
Begründung: _____

Bei Nichterhalten dieses Dokuments bzw. einer vergleichbaren Bestätigung behalten wir uns vor, die Ware an den Absender zurückzusenden.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

FairImplant GmbH · Kieler Straße 103-107 · 25474 Bönningstedt · Tel. 040 25 33 055 0 · Fax -29 · info@fairimplant.de

_____	_____	_____
Praxis-/Laborstempel	Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben
_____	_____	_____
		Unterschrift