

KLACHTENFORMULIER

(niet volledig ingevulde formulieren kunnen wij niet in behandeling nemen)

Datum _____

Organisatie _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Contactpersoon
(voor- en achternaam) _____

E-mail adres _____

Telefoon _____

Naam patiënt _____

Is er sprake geweest van verwonding bij de patiënt? Ja / Nee *

Was een medische ingreep noodzakelijk? _____ Ja / Nee *

Product ref. nummer: _____ Lotnummer: _____
(te vinden op het afsluitlipje)

Datum plaatsing: _____ Datum verwijdering: _____

Soort medicatie: _____

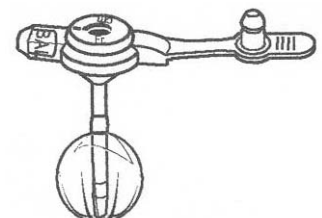
Soort voeding: _____

CC's in ballon: _____

Ballon gevuld met: kraanwater, gedistilleerd water, water met glycerine *

Ballonprobleem: lekkage, scheur, anders * (omcirkelen wat van toepassing is).

Omschrijving van het probleem: _____ Plaats van lekkage aangeven



Wilt u het product zo schoon mogelijk in een afgesloten zakje samen met dit formulier sturen naar:

Cobra Medical
Doretha Tuinstra/Melanie Nubé
Antwoordnummer 399
9700 VB GRONINGEN