

MEDILIME TUMMY BUTTON KLACHTENFORMULIER

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

Datum _____

Organisatie _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Contactpersoon
(voor- en achternaam) _____

E-mailadres _____

Telefoon _____

Naam patiënt _____

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

Was een medische ingreep noodzakelijk? Ja / Nee *

Product ref-nr: _____ Lotnummer: _____

Datum plaatsing: _____ Datum verwijdering: _____

Soort medicatie: _____

Soort voeding: _____

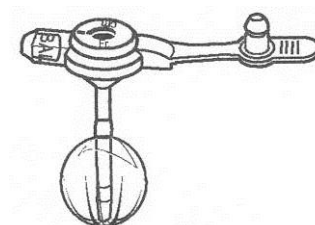
CC's in ballon: _____

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

Ballonprobleem: lekkage, scheur, anders *

Omschrijving van het probleem:

Plaats van lekkage aangeven



* omcirkelen wat van toepassing is.

Wij verzoeken u het product **schoon en in een afgesloten verpakking** met dit formulier te sturen naar:

Cobra Medical
Klachtenbehandeling
Antwoordnummer 399
9700 VD GRONINGEN