BLACK FOREST MEDICAL GROUP

Dies ist ein ungelenkter Ausdruck - gültig ist nur die aktuelle Version im CAQ

IMPORTANT:

- **Returned products will be accepted in clean and infection-free condition only.**
- **This document must be completed and signed**

Report	RMA# (only if send to PMI INC.):	
1) Customer Data		
Company:		
Medical Facility:		
Contact, Name:		
Function, Department:		
Address, Tel., Email:		
Distributor, Name:		
2) Product Description		
Article-No.:		
Serial-No.:		
Product name:		
Type and manufacturer of pins used with Skull Clamp:		

3) Infection protection

☐ No infection risk, new product (no clinical use)

☐ No infection risk, show and tell product (no clinical use)

☐ No infection risk, products have been cleaned and processed according to facility standards

4) Reason for sending back

☐ A) Demo/Loaner/product return

☐ B) Routine maintenance/Inspection

Please check maintenance bundle:

☐ SILVER ☐ GOLD ☐ PLATINUM

☐ C) Repair (Damaged) ☐ internal comment: _____

☐ D) Complaint (deficiency on the PMI product which is **not** older than 7 years)

If reason is (D) - COMPLAINT - please complete Section 5 & 6

5) Description and pictures:

6) Was there a risk for a patient or third party caused by the above-stated product?	☐ **Yes** ☐ **No**
Please describe risk (and possible injuries):	
Procedure being performed:	
Patient positioning:	
Was the surgery completed?	
Date of incident:	
Further details:	

Name:		Date:	
Function:		Signature:	

BLACK FOREST MEDICAL GROUP

Dies ist ein ungelenkter Ausdruck - gültig ist nur die aktuelle Version im CAQ

WICHTIG:

- **Zurückgelieferte Ware wird nur in gereinigtem, infektionsfreiem Zustand akzeptiert.**
- **Dieses Formular muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben sein.**

Bericht	RMA# (nur wenn gesendet an PMI INC.):	
1) Kundendaten		
Firma:		
Medizinische Einrichtung:		
Kontakt, Name:		
Funktion, Abteilung:		
Adresse, Tel., Email:		
2) Produktbeschreibung		
Artikel-Nr.:		
Serien-Nr.:		
Produktname:		
Verwendete Schädeldorne in Schädelklemme (Art und Hersteller):		

3) Infektionsschutz

☐ Keine Infektionsgefahr, Neuware (noch kein klinischer Einsatz)

☐ Keine Infektionsgefahr, Demo- und Messeprodukt (kein klinischer Einsatz)

☐ Keine Infektionsgefahr, Produkt gereinigt gemäß Einrichtungsstandards

4) Rücksendegrund

☐ A) Demo/Leihware/Produkt Rückgabe

☐ B) Routinewartung/Inspektion

Bitte geben sie das Wartungs-Bundle an:

☐SILVER ☐GOLD ☐PLATINUM

☐ C) Reparatur (beschädigt) ☐ interne Anmerkung:_____

☐ D) Reklamation (Mangel am PMI- Produkt, das **nicht** älter ist als 7 Jahre))

Wenn der Grund (D) - Reklamation – ist, bitte Abschnitt 5&6 ausfüllen

5) Beschreibung und Bilder:

6) Bestand eine Gefahr für Patient bzw. Dritte, verursacht durch den Gebrauch des o. g. Produktes?	☐ **Ja** ☐ **Nein**
Bitte Risiko beschreiben (mögliche Verletzung):	
Durchgeführte Operation:	
Patientenpositionierung:	
Konnte die Operation beendet werden?	
Datum des Vorfalls:	
Details:	

Name:		Datum:	
Funktion:		Unterschrift:	