

Sehr geehrter Kunde/in,

die schnelle Bearbeitung Ihrer Rückmeldung ist uns sehr wichtig. Aus diesem Grund stellen wir Ihnen ab sofort ein Formular zur Verfügung, welches alle wichtigen Daten und Informationen zu einem aufgetretenen Vorfall abfragt. Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig aus, damit uns die kompletten Informationen zur Verfügung stehen.

[Bei Fragen oder Verbesserungsvorschlägen kontaktieren Sie uns bitte über md-vigilance@corpuls.com.](mailto:md-vigilance@corpuls.com)

1. Allgemeine Angaben Anwender

Firmenname:		GS Fallnummer:	
Straße, Nr.:		Ansprechpartner:	
PLZ, Ort:		Telefon:	
Land:		E-Mail:	

2. Angaben zum fehlerhaften Gerät / Produkt

Produkt:		Zubehör:	
Artikelnummer:		SW-Version:	
Seriennummer:		FW-Version:	
Charge:			

3. Angaben zum Einsatz / Vorfall

Datum Einsatz / Vorfall:		Einsatzdaten vorhanden:	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Uhrzeit Einsatz / Vorfall:		Einsatzdaten Nr.:				
Ort Einsatz / Vorfall:		Trace Logs:				
Bei welcher Anwendung ist der Fehler aufgetreten?	Beim Service	<input type="checkbox"/>	Unbekannt	<input type="checkbox"/>		
	Täglicher Test	<input type="checkbox"/>	Während des Einsatzes	<input type="checkbox"/>	Sonstige Einsatzsituation	<input type="checkbox"/>
Wo ist das Ereignis aufgetreten? (z.B. RTW, Bett)						

Beschreibung des Ereignisses										
Verhalten des Anwenders nach dem Fehlereintritt:										
Verwendetes Verbrauchsmaterial										
Umweltbedingungen								Temperatur:		°C
Weitere Geräte am Einsatzort?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:					
4. Patienteninformationen										
Erkrankung Patient										
Behandlungsergebnis										
Geräte Ereignis hatte zur Folge	Tot	<input type="checkbox"/>	Schwerwiegende Folgen	<input type="checkbox"/>	Keine schwerwiegenden Folgen	<input type="checkbox"/>	Unbekannt	<input type="checkbox"/>		
Protokolle zum Patientenschaden angefügt? (Durchgangsarztbericht usw.)							Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>