

Erklärung zum Hygienestatus der Rücksendung

1. Allgemeine Angaben

Die nachfolgenden Angaben sind für die Rücknahme des Produktes zwingend erforderlich:

Artikel-Nr. _____

Artikelbezeichnung _____

Charge/LOT _____

BMV® wurde über die Reklamation informiert, die Rücksendung des Produktes ist mit BMV® abgesprochen und durch BMV® genehmigt.

2. Informationen zur Rücksendung

2.1 Produktzustand (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Produkt wurde nicht am Patienten eingesetzt

Produktfehler bemerkt bei: _____

Produkt wurde am Patienten eingesetzt

Patient ist nicht infektiös

Patient ist infektiös

HIV

Covid-19

Hepatitis

A

B

C

MRSA/ORSA

Nichts vom oben genannten, sondern: _____

2.2 Warenrücksendung (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Für den Fall, dass das Produkt nicht am Patienten eingesetzt worden ist, wird die Ware – wie mit BMV® abgesprochen – an BMV® zurückgeschickt. Dafür ist das vorliegende Dokument unterschrieben (siehe letzte Seite!) in einer Versandtasche außen an der Rücksendung anzubringen und das Paket an einer Seite mit „Rücksendung“ zu beschriften.

Für den Fall, dass das Produkt am Patienten eingesetzt worden ist, muss das Produkt vor der Versendung an BMV® aufbereitet und entsprechend verpackt werden:

Eine Aufbereitung ist erfolgt.

Folgende Maßnahmen wurden durchgeführt:

Reinigung nach BMV®-Vorgaben

Desinfektion nach BMV®-Vorgaben

Reinigung und Desinfektion nach BMV®-Vorgaben

Verpackung des am Patienten eingesetzten Produktes nach BMV®-Vorgaben ist erfolgt.

Anmerkung zur Verpackung: Das Produkt ist folgendermaßen zu verpacken:

1. Gereinigtes/desinfiziertes Produkt in einen transparenten Plastikbeutel packen und luftdicht verschließen.
2. Plastikbeutel mit Produkt in einen 2. transparenten Plastikbeutel packen und luftdicht verschließen.
3. Doppeltverpacktes Produkt in einen Versandkarton verpacken.
4. Versandpapiere außen an den Versandkarton (z.B. mit einer Versandtasche) anbringen und an BMV® schicken.

3. Abschlusserklärung

Ich bestätige hiermit, dass die oben getätigten Aussagen für das beigefügte Produkt korrekt sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name des Unterzeichners (Druckschrift): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name der medizinischen Einrichtung und Anschrift (Adress-Stempel):