

Schadensmeldung Med. Produkt

Rettungsdienst Düsseldorf

Bitte deutlich in Druckbuchstaben!

Betroffene med.-techn. Ausrüstung:	<input type="radio"/> EKG/DEFI		<input type="radio"/> Absaugung
	<input type="radio"/> Beatmungsgerät		<input type="radio"/> Druckminderer <i>plus Materialschein (rot)</i>
	<input type="radio"/> elektr. Spritzenpumpe		<input type="radio"/> Zubehör <i>plus Materialschein (rot)</i>
	<input type="radio"/> Thermometer		<input type="radio"/> Sonstiges Gerät <i>plus Materialschein (rot)</i>

Gerätezeichnung
Geräte-Nr.: G- _____ **und / oder** **Serien-Nr:** _____

ggf. Zusatzausrüstung oder Zubehör betroffen: _____ *Beispiel: Haltebügel beschädigt*

zu welchem Fahrzeug gehört die betroffene Ausrüstung:
Fahrzeug-Nr.: _____ **Funkrufname:** _____

Schlagwort Schadensart	<input type="radio"/> Gewalteinwirkung		<input type="radio"/> Gerätefehler
	<input type="radio"/> Fehlercode		<input type="radio"/> Undichtigkeit
	<input type="radio"/> Softwarefehler		<input type="radio"/> sonstiger Defekt
	<input type="radio"/> Messfehler		<input type="radio"/> MTK / STK abgelaufen

Schadenshergang bzw. Fehlerbeschreibung: _____ *Beispiel: C3 aus ca. 1 m Höhe heruntergefallen.*

WICHTIG: Geräte mit einer Sturzhöhe größer 1 Meter müssen zum Hersteller!

Schadensmelder:	
Druckbuchstaben	
Unterschrift:	
Datum:	

Gerätetausch vollständig ausfüllen!

Ersatzgerät:	Herkunft	Tauschgerät: G-
Fehlt <input type="radio"/>		
Fahrzeug <input type="radio"/>		und / oder SN:
Wachbestand / Ausbildung <input type="radio"/>		
Medizingerätelager <input type="radio"/>		

Wer hat das Gerät getauscht?
Name: _____
 Druckbuchstaben

Durchwahl: _____
Datum: _____