

Blatchford

BLATCHFORD EUROPE GmbH

Bitte legen Sie Ihrer Produktrücksendung das vollständig ausgefüllte ACS Formular bei, damit uns alle relevanten Daten für eine zügige Bearbeitung vorliegen. Herzlichen Dank!

Please enclose the fully completed ACS form with your product return so that we already have all the relevant data for rapid processing. Thank you very much!

ACS SERVICE

Bitte die ACS Bearbeitungsnummer per E-Mail mit ausgefülltem Formular anfordern -> wird von Blatchford vergeben.

Please request the ACS processing number by e-mail with completed form -> will be assigned by Blatchford.

e-mail: acs@blatchford.de

Bitte kennzeichnen Sie das retourengehende Produkt mit dieser ACS-Nummer aus.

Please label the returned product with this ACS number.

Kundennummer:

Client number:

ZUSTÄNDIGER BLATCHFORD AUSSENDIENST: RESPONSIBLE BLATCHFORD FIELD SERVICE:

AUSFÜLLENDE INSTITUTION ORIGINATOR OF REPORT

Sanitätshaus:
Facility:

ANWENDERDATEN PATIENT DETAILS

Nicht identifizierbare
Referenz des Patienten:
Non-identifiable
Patient reference:

Anwendergewicht:
Weight:

Amputationsseite:
Amputation Side:

Links	Rechts	Beidseitig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amputationshöhe:
Level of Amp:

US/BK	KE	OS/AK	HE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beruf:
Occupation:

Mobilitätsgrad:
Activity Level:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belastungsindex (Füße):
Impact Level (Feet):

Niedrig Low	Mittel Mod	Hoch High
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitäten/Sport:
Activities/Sports:

ANGABEN ZUR PROTHESENVERSORGUNG DETAILS OF LIMB INVOLVED

Produktbezeichnung:
Product Description:

PRODUKT HISTORIE PRODUCT HISTORY

Rechnungs- / Lieferschein-Nr.:
Original Purchase Order / Invoice No:

Kaufdatum:
Purchase Date:

ANGABEN ZUR RÜCKSENDUNG DETAILS OF CLAIM

Bestellcode:
Product Code:

Seriennummer:
SN / Batch Code:

Datum des Einbaus:
Date Fitted:

Datum des Ausfalls:
Date Failed:

Grund der
Rücksendung:
(Fehlerbeschreibung)
Reason for Return:
(Error description)

Reparatur: Repair: Ja/Yes Nein/No

Wartung: Service: Ja/Yes Nein/No

Ansprechpartner:
Prosthetist / Mgr:

Leihgerät während der Servicezeit notwendig?
Loan unit necessary during service time? Ja/Yes Nein/No

Telefon-Nr.:
Contact Tel:

Fax-Nr.:
Fax:

E-Mail:

Datum:
Date:

Sollte ein Garantieanspruch nicht gegeben sein, werden wir das Produkt nicht an Sie zurücksenden, es sei denn, Sie das Kästchen an.

CAB USE ONLY / NUR VON BLATCHFORD AUSZUFÜLLEN:

Warranty Approved

YES / NO*

Signed:

Date:

REMEMBER, to return part to customer if box

Blatchford Europe GmbH, Am Prime-Parc 4, 65479 Raunheim, Germany  +49 6142-48148-0 | acs@blatchford.de

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die erhaltenen Informationen und personenbezogenen Daten nur für die interne Servicebearbeitung verwendet werden.

Ref: Data Protection Act - Please note that the information received will only be used for the internal processing of this claim.