

Meldeformular medizinischer Vorfall

Füllen Sie dieses Meldeformular vollständig aus und senden Sie es bitte innerhalb eines Tages nach Bekanntwerden der Beschwerden per E-Mail an: service.de@sigvaris.com

Legen Sie, sofern vorhanden, weitere Unterlagen bei, welche den unten geschilderten Sachverhalt dokumentieren. (Arztbericht, Fotos, etc.)

Bitte senden Sie das betroffene Produkt an:

SIGVARIS GmbH, Dr.-Karl-Lenz-Strasse 35, 87700 Memmingen, Deutschland

1. SIGVARIS GROUP Produktangaben:

Serienstrumpf:
Lotnummer und Bezeichnung auf dem Strumpfetikett:

Massstrumpf:
Auftragsnummer auf dem Strumpfetikett:

2. Angaben des Patienten:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____

Wann wurde der Strumpf abgegeben? _____

Seit wann wird der Strumpf getragen? _____

Wann begannen die Beschwerden? _____

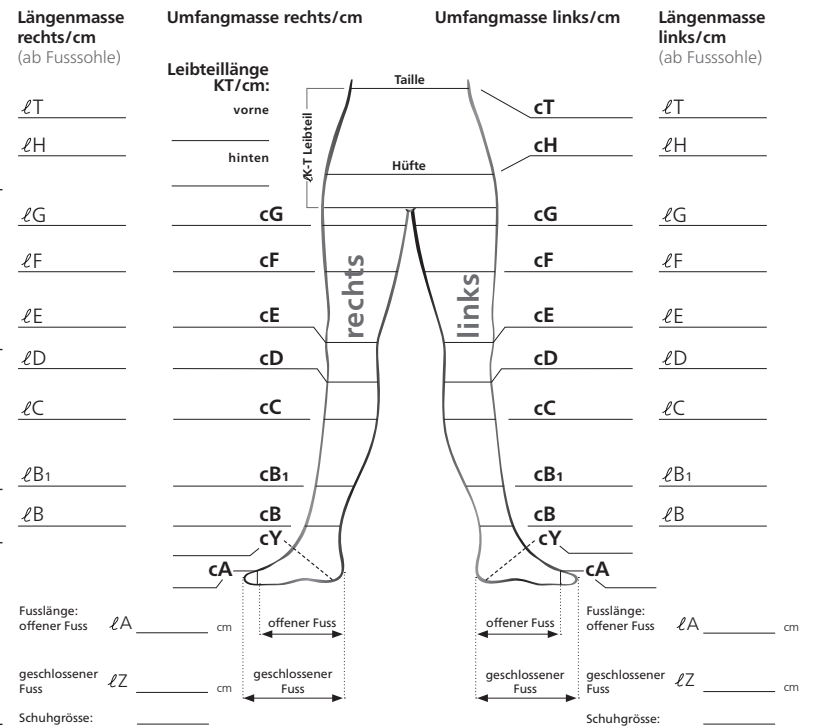
Weshalb wurde der Strumpf verordnet? (Indikation)

Von wem wurde der Strumpf verordnet?
(Adresse des Arztes / Klinik)

Wo wurde der Strumpf bezogen?
(Arzt, Klinik, Apotheke, Fachgeschäft)

Bitte tragen Sie in diese Darstellung die relevanten Körper-Masse des Patienten ein:

alternativ bitte ursprüngliche Masse / originales Datenblatt beilegen



3. Bitte beschreiben Sie die Beschwerden des Patienten möglichst detailliert:

4. Weitere Beschreibungen zum Umgang mit dem Strumpf und Informationen über Allergien:

Liegen Beschädigungen am Produkt vor?

Nein Ja: _____

Wie viele Stunden pro Tag hat die Patientin / der Patient den Strumpf getragen?

0 - 5 Stunden 5 - 10 Stunden 10 - 15 Stunden mehr als 15 Stunden

Auf welche Weise und wie oft wurde der Strumpf gewaschen?

Handwäsche Maschinenwäsche Waschfrequenz: _____ Waschmittel: _____

Hat die Patientin / der Patient bekannte Allergien?

Nein Ja: _____

Welche Kosmetika werden benutzt und / oder welche Medikamente werden eingenommen?

5. Absender:

Meldeadresse (Arzt, Klinik, Apotheke, Fachgeschäft):

Ansprechperson: _____

Telefonnummer: _____

Erstellungsdatum/Unterschrift: _____

Bemerkungen:

