

# Service- & returblankett



# Svensk Hörsel

## Beställare

Hörcentral: \_\_\_\_\_  
Audionom: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-post: \_\_\_\_\_  
Fakturaadress: \_\_\_\_\_

## Användare

Namn: \_\_\_\_\_  
Personnummer: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-post: \_\_\_\_\_  
Postadress: \_\_\_\_\_

Portkod: \_\_\_\_\_


## Bifogas

Fabrikat: \_\_\_\_\_ Laddare:  Ja  Nej Typ: \_\_\_\_\_  
Modell: \_\_\_\_\_ FM-mottagare:  Ja  Nej Typ: \_\_\_\_\_  
Serienr. hö.: \_\_\_\_\_ Övr. tillbehör:  Ja  Nej Typ: \_\_\_\_\_  
Serienr. vä.: \_\_\_\_\_ Nya avtryck:  Ja  Nej

Levereras till:  Hörcentral  Användare  
Garanti åberopas:  Ja  Nej  
Kostnadsförslag önskas:  Ja\*  Nej

\* Erhålls om kostnaden överstiger 1000 kr eller enligt avtal. I övriga fall skickas inte kostnadsförslag.

## Felbeskrivning

Service	Skaljustering/ skalbyte	Retur
<p>1. <input type="checkbox"/> Svagt ljud</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Dålig ljudkvalitet</p> <p><input type="checkbox"/> Distorsion</p> <p><input type="checkbox"/> Brus</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sporadiskt ljud/ glappkontakt</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Tyst</p> <p><input type="checkbox"/> Tyst på T-läge</p> <p><input type="checkbox"/> Tyst på M-läge</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Inre återkoppling</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Fel på volymkontrollen</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Fel på omkopplare</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Fel på telespole</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Fel vid streaming</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Hög batteriförbrukning</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Fel vid laddning, laddare ej</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Kontaktproblem vid progr.</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Kontroll/ översyn</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Trasigt hölje</p> <p>Övrigt: _____</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Skaver/ gör ont</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sitter för löst i örat</p> <p>3. <input type="checkbox"/> För stor (kosmetiskt)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Akustisk återkoppling</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Ändra vent. till.....mm</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Allergisk reaktion</p> <div style="text-align: center;"><p>Markera gärna problem</p></div> <p><b>Tilläggsbeställning</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Vaxfilter typ: _____</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Telespole</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Volymkontroll</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Utdragstråd</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Programknapp</p>	<p><b>Orsak</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Motivationsbrist</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Hanteringsproblem</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Dålig passform</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Ej nöjd med ljudkvalitet</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Möter ej brukarens förväntningar</p> <p><b>Åtgärd</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Väljer monauralt</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Väljer BÖ</p> <p><input type="checkbox"/> samma fabrikat</p> <p><input type="checkbox"/> annat fabrikat</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Väljer IÖ</p> <p><input type="checkbox"/> samma fabrikat</p> <p><input type="checkbox"/> annat fabrikat</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Väljer ingen hörapparat.</p>

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Fylls i av leverantör

Ankomstdatum	Leveransdatum	Order/fakturanr.	Sign.
_____	_____	_____	_____

Blanketten finns att hämta på [svenskhorsel.se](http://svenskhorsel.se)