



Datum:

Beställare

Hörcentral:

Audionom:

Tel:

E-post:

Fakturaadress:

.....

.....

Användare

Namn:

Personnummer:

Tel:

E-post:

Postadress:

.....

.....

Felbeskrivning

Service

- 01. Svagt ljud
- 02. Dålig ljudkvalitet
 - Distorsion
 - Brus
- 03. Sporadiskt ljud/glappkontakt
- 04. Tyst
 - Tyst på T-läget
 - Tyst på M-läget
- 05. Inre återkoppling
- 06. Fel på volymkontrollen
- 07. Fel på omkopplaren
- 08. Fel på telespolen
- 09. Trasigt hölje
- 10. Hög batteriförbrukning
Batteriet räcker
..... dagar
..... timmar
- 11. Kontaktproblem vid progr.
- 12. Rekonditionering
- 13. Kontroll/översyn
- 50. Övrigt

Skaljusteringar/skalbyte

- 20. Skaver/gör ont
- 21. Sitter löst i örat
- 22. För stor (kosmetiskt)
- 23. Akustisk återkoppling
- 24. Ändra vent.kanal till
..... mm
- 25. Allergisk reaktion
- 50. Övrigt



markera gärna
proble

Tilläggsbeställningar

- 30. Vaxfilter Typ
- 31. Telespole
- 32. Volymkontroll
- 33. Utdragstråd
- 50. Övrigt

Returer Ange huvudsaklig orsak och åtgärd

Orsak

- 40. Motivationsbrist
- 41. Hanteringsproblem
- 42. Dålig passform
- 43. Ej nöjd med ljudkvalitet
- 44. Möter ej brukares förväntning
- Varför?

Åtgärd

- 45. Väljer monauralt
- 46. Väljer BÖ
 - samma fabrikat
 - annat fabrikat
- 47. Väljer annan IÖ
 - samma fabrikat
 - annat fabrikat
- 48. Väljer ingen hörapparat

Patientbricka

Bifogas

Fabrikat:

Modell:

Serie-nr. vä:

Serie-nr. hö:

Nya avtryck Ja Nej

Medsända tillbehör:

- Etui
- Batterier
- Insats

Levereras åter till HC Användare
Garanti åberopas ja nej

Kostnadsförslag önskas

ja, om kostnaden överstiger: kr

Övrigt

Vi önskar fler: service/returblanketter adressetiketter

Blanketten finns också att hämta på www.svenskhorsel.se

Noteringar:

.....

.....

Datum Underskrift

Ifylls av leverantör

Ankomstdatum

Leveransdatum

Order/fakturanummer

Sign.

.....