



Fragebogen Rückmeldung

Beschreibung Sachverhalt Description of the facts	<i>Möglichst genaue Beschreibung des Sachverhaltes (Was ist wann wo wie passiert?)</i> <i>Please describe the facts of the case as precisely as possible (What happened when, where and how?)</i>		
	Nein No	Ja Yes	Bitte beantworten Sie alle Fragen dieser Tabelle!! Please answer all questions in this table!
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren die Produkte bereits im (klinischen) Gebrauch? Were the products already in (clinical)use? ¹
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Personen in den Sachverhalt involviert? Were persons involved in this matter? ²
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren andere SFM® – Produkte am Sachverhalt beteiligt? Were other SFM® products involved? ³
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Medizinprodukte anderer Hersteller am Sachverhalt beteiligt? Were products of other manufacturers involved in the matter? ⁴
Beschreibung Schaden Description of harm	<i>Beschreibung des verursachten Schadens</i> <i>Beschreibung des Schadens für Patienten oder Anwender oder der Auswirkungen der unerwünschten Nebenwirkungen</i> <i>Je präziser Ihre Sachinformationen sind, desto besser können wir reagieren.</i> <i>Bitte löschen Sie den blauen Text vor der Eingabe.</i> <i>Description of the harm caused</i> <i>Description of the harm to patients or users or the effects of the adverse reaction</i> <i>The more precise your factual information is, the better we can react.</i> <i>Please delete the blue text before entering.</i>		
	Nein No	Ja Yes	Bitte beantworten Sie alle Fragen dieser Tabelle! Please answer all questions in this table!
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schaden mit Folgen für Personen harm with consequences for persons



Fragebogen Rückmeldung

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erwartete unerwünschte Nebenwirkung Expected undesirable side effect
--	--------------------------	--------------------------	---

¹ Informationen über den Ort der (klinischen) Verwendung Information on the place of (clinical) use	
Datum Date	
Ort Place	<i>Name der Klinik/Praxis name of hospital/practice</i>
Anschrift Address	
Tel. Phone	
Ansprechperson Contact person	

² Informationen zu den betroffenen Personen Information about affected persons		
Initialen/Initials	Geschlecht/Gender	Geburtsjahr/Year of birth



Fragebogen Rückmeldung

³ Informationen zu weiteren beteiligten SFM – Produkten Information on other SFM products involved		
Artikelnummer Item Number.	Lieferscheinnummer Delivery note number	Beschreibung der Beteiligung am Sachverhalt Description of involvement in the matter

⁴ Informationen zu beteiligten Medizinprodukten anderer Hersteller Information on involved products of other manufacturers		
Benennung des Medizinproduktes Name of medical device	Hersteller Manufacturer	Beschreibung der Beteiligung am Sachverhalt Description of involvement in the matter

Weitere, zusätzliche Frage / Another additional question

Könnten Sie uns bitte Ihren Eindruck konkreter beschreiben?

Please, could you give us a more concrete description of your impression?

Erläutern Sie bitte das genaue Verfahren, bei dem Sie das betreffende Medizinprodukt verwendet haben, als Sie das Problem bemerkten.

Please explain the exact procedure in which you were using the medical device in question when you noticed the issue.

Haben Sie weitere nützliche Informationen zum Sachverhalt?

Do you have any further useful information on the matter?