

# Flexi~T®

## Reklamationsformular - Ersatz Flexi-T®

Datum: .....

### Vorgehensweise:

Bitte füllen Sie dieses Formular mit den geforderten Informationen aus. Ein kostenloser Ersatz einer Flexi-T®-Spirale wird, nachdem wir das ausgefüllte Formular und ggf. die reklamierte Flexi-T-Spirale erhalten haben, versendet. Nach Untersuchung der reklamierten Flex-T behalten wir uns vor, ggf. einen zusätzlichen Fragebogen einzufordern. Eine finanzielle Rückerstattung ist nicht vorgesehen. Indikation für die Einlage

### Adressdaten

Name: .....  
Email: .....  
Krankenhaus/ Arztpraxis: .....  
Adresse: .....  
PLZ/ Ort: .....  
Telefonnummer: .....

### Patientendaten:

Patientin:  Nullipara  Multipara  
Alter: .....  
Regelmäßige / spezielle Medikation in den letzten 3 Monaten: .....  
Informationen zu Erkrankungen / Allergien: .....  
Indikation für die Einlage: .....  
Hat die Patientin nach der Einlage eine Menstruationstasse verwendet?  JA  NEIN

### Informationen zur Einlage:

Flexi-T Modell:



Flexi-T 300



Flexi-T+ 300



Flexi-T+ 380

Datum des Vorfalles: .....

LOT-Nummer und Verfallsdatum (auf der Rückseite der Flexi-T-Verpackung): LOT..... Verfall.....

Datum der Einlage: .....

Haben Sie vor der Einlage die Uterusgröße und Uterusposition ermittelt?  JA  NEIN  
Gemessene Uteruslänge: ..... cm  
Position des Uterus:  Anteverted flexed  Retroverted flexed  
Zeitpunkt der Einlage?:  post abortum  post partum nicht zutreffend  
nach ... Wochen  
Haben Sie die Sterilverpackung vor der gynäkologischen Untersuchung und der Messung der Uteruslänge geöffnet?  JA  NEIN  
Wurde eine Lagekontrolle 6 Wochen nach Einlage durchgeführt?  JA  NEIN  
Haben Sie die Flexi-T entfernt?:  JA  NEIN  
Haben Sie eine neue Flexi-T bei der Patientin gelegt?:  JA  NEIN  
Haben Sie Interesse an einer persönlichen Einlageberatung?:  JA  NEIN

Bitte beschreiben Sie den Grund für die Ersatzanfrage; was ist vorgefallen und welche Maßnahmen wurden ergriffen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....