

Verksamhetsområde Hjälpmedel

Följesedel - Garantireparation



ARBETSORDER- NUMMER:

BESTÄLLARE

Audionommottagning: _____

Audionom: _____

Tel: _____

E-post: _____

Adress: _____

PATIENT

Patientens namn: _____

Adress: _____

Postadress _____

Tel: _____

E-post _____

Skickad

datum: _____

BIFOGAS

Fabrikat: _____

Modell: _____

Serie- nr vä: _____

Serie- nr hö: _____

Nya avtryck: Ja Nej

Medsända tillbehör: Etui

Batterier

Insats

Levereras åter till:

Audionommottagning

Patient

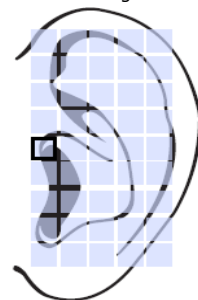
Felbeskrivning - Service

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 01. Svagt ljud | 09. Trasigt hölje |
| 02. Dålig ljudkvalitet | 10. Hög batteriförbrukning |
| Distorsion | Batteriet räcker |
| Brus | _____ dagar |
| 03. Sporadiskt ljud/glappkontakt | _____ timmar |
| 04. Tyst | 11. Kontaktproblem vid progr. |
| Tyst på T-läget | 12. Rekonditionering |
| Tyst på M-läget | 13. Kontroll/Översyn |
| 05. Inre återkoppling | 14. Övrigt |
| 06. Fel på volymkontrollen | _____ |
| 07. Fel på omkopplaren | _____ |
| 08. Fel på telespolen | _____ |

Felbeskrivning - Skaljusteringar/ Skalbyte

- | | | |
|---------------------------|--------|-------|
| 15. Skaver/gör ont | Övrigt | _____ |
| 16. Sitter löst i örat | | _____ |
| 17. För stor (kosmetiskt) | | _____ |
| 18. Akustisk återkoppling | | _____ |
| 19. Andra vent.kanal till | | _____ |
| _____ mm | | |
| 20. Allergisk reaktion | | |

Markera gärna



Om garanti inte gäller, var vänlig kontakta ansvarig beställare.

Kostnad kan ej debiteras utan godkännande av ansvarig beställare