

Datum: ...../...../.....

Label hier aufkleben (wenn vorhanden)

## Patienteninformationen\*

Vorname: .....

Nachname: .....

- Unilaterale Implantation  
 Beidseitige Implantation  Linkes Ohr  Rechtes Ohr

## Kontaktinformationen\*

Name der Kontaktperson: .....

E-Mail: .....

## Informationen zum aktuellen Soundprozessor

Seriennummer\*: .....

Modell: .....

## Rückgabegrund\*

- Aussetzender Klang  
 Reduzierter oder verzerrter Klang  
 Lauter Klang  
 Kein Klang wahrzunehmen  
 Jährliche Kontrolle  
 Unzureichende Batteriebensdauer  
 Lautstärkereger  
 Taster<sup>1</sup>  
 Programmwahlschalter  
 Indikations-LED  
 Batterielade/Zink-Luft-Batteriepack<sup>1</sup>  
 Wiederaufladbare Batterie/Ladegerät<sup>1</sup>  
 Verbindungsprobleme (*Details in den Anmerkungen*)  
 Manipulationsschutz  
 Kaputtes Gehäuse/Zubehör  
 Feuchtigkeit im Soundprozessor  
 Bei Erhalt nicht funktionsfähig  
 Andere Farbe  
 Kunde hat sich anders entschieden  
 Erfüllt nicht die Erwartungen  
 Falschen Artikel bestellt/geliefert  
 Sonstiges

<sup>1</sup>Gilt nur für Neuro 2 Soundprozessoren.

## Detaillierte Beschreibung des Defekts

## Rechnungsadresse\*

Telefon: ( ) .....

Fax: ( ) .....

Name: .....

Adresse: .....

Stadt: .....

Bundesland: .....

Postleitzahl: .....

Land: .....

## Lieferadresse (falls anders als Rechnungsadresse)

Telefon: ( ) .....

Fax: ( ) .....

Name: .....

Adresse: .....

Stadt: .....

Bundesland: .....

Postleitzahl: .....

Land: .....

## Ersatzprozessor Ja Nein

Seriennummer des Ersatz-

Soundprozessors: .....

*Bitte beachten: Um Ihnen einen bestmöglichen Service bieten zu können, werden fehlerhafte Neuro 2 und Neuro One Soundprozessoren nur über das standardmäßige Austauschprogramm bearbeitet.*

## Garantie

- Garantiefall  
 Kein Garantiefall  
 Unbekannt

*Kontaktdetails des lokalen Kundendienstes*

\* Erforderliche Angabe

Weitere Informationen erhalten Sie vom Oticon Medical-Kundendienst oder Ihrem Oticon Medical-Händler vor Ort. Kontaktdaten finden Sie auf der Website.