

Tuotepalaute inkontinenssituotteelle

Tuotepalautteen sisältö:

Kirjallinen palaute + tuotenäytteet (3).

Tuotepalautusosoite: Sopimustunnus 635779, OneMed Oy, Tuotereklamaatiot, Metsäläntie 20, 00320 Helsinki

PERUSTIEDOT

Päivämäärä:

Palautteen antajan yhteystiedot (nimi + laitos/yksikkö):

Osoite:

Puhelinnumero:

Potilaan nimikirjaimet tai muu tunnistus:

TUOTETIEDOT

Tuotemerkki ja -nimi:

Tuotteessa esiintyvä virhe:

Virheellisten tuotteiden määrä:

Tuotteen LOT-numero (tuotteen tunnisteviivassa/tuotepakkauksessa):

Tuotteen valmistuspäivämäärä (tuotteen tunnisteviivassa/tuotepakkauksessa):

Kiitos palautteesta!

Mikäli tuotevirhe on ilmennyt tuotetta käytettäessä, vastaathan ystävällisesti myös seuraavan sivun kysymyksiin.

Attends



ONEMED

Tuotepalaute inkontinenssituotteelle

Tarkennetut kysymykset tuotteen käyttöön liittyen (vastaa vain, jos tuotevirhe on ilmennyt tuotetta käytettäessä).

Huom: Käytössä olleita tuotteita ei tule lähettää hygieenisyyssistä.

TUOTTEEN KÄYTTÖ

Oliko tuote käytössä ensimmäistä kertaa?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Onko tuotteessa ilmennyt aiemmin samanlaisia virheitä?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Onko asiakkaalla kyse virtsa-/ulosteinkontinenssista vai molemmista?	Uloste <input type="checkbox"/>	Virtsa <input type="checkbox"/>	Molemmat <input type="checkbox"/>

Ovatko inkontinenssioireet muuttuneet lähiaikoina?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Onko lisävaippa käytössä?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Onko imukykyä osoittavasta kosteusindikaattorista näkyvissä	Vähemmän kuin 60% <input type="checkbox"/>	Enemmän kuin 60% <input type="checkbox"/>	

TUOTEASETTELU JA VALINTA

Onko tuotteen ulkopinnan materiaali kosketuksissa iho-alueeseen?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Onko tuotteen käyttö vaikuttanut ihon hyvinvointiin?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Oliko asiakkaalle valittu tuote malliltaan napakasti istuva	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Onko tuotteeseen tehty kouru ennen sen pukemista?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Vastaako vaipan tuotekoko käyttäjän vaatekokoa?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	
Onko tuote valittu huomioiden käyttäjän inkontinenssiaste?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	

Muuta lisättävää (mm. aiemmin käytössä olleet inkontinenssituotteet):

Attends



ONEMED