

**Hinweis:** Für die technische Überprüfung und Fehleranalyse Ihres eingesendeten Digitalsystems erlauben wir uns, unabhängig des aus der Systemprüfung hervorgegangenen Ergebnisses, eine Servicegebühr von EUR 120,00 (netto EXW Riesa) zu erheben. Bei Annahme des von uns erstellten Kostenvoranschlages zur Behebung möglicher Schäden entfällt die Servicegebühr und die Reparatur wird nach tatsächlich geleistetem Aufwand unserer Technikmitarbeiter:innen berechnet.

Kontaktieren Sie uns gerne zunächst telefonisch unter +49 (0) 35 25 – 51 24 59, um den Fehler evtl. bereits telefonisch zu beheben.

Gerne stellen wir Ihnen für die Zeit des Ausfalles Ihres Digitalsystems ein Leihsystem zur Verfügung. Sprechen Sie uns an!

| 1. Allgemeine Daten  |  |                                 |                                 |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Kundenname / Praxisname (Kundennummer):  |  |                                 |                                 |
| Ansprechpartner*in:  |  |                                 |                                 |
| Telefonnummer / Handynummer:   |  |                                 |                                 |
| Typ des Digitalsystems / Seriennummer:   |  |                                 |                                 |
| Gültiger Wartungsvertrag   |  | <input type="checkbox"/> Ja     | <input type="checkbox"/> Nein   |
| 2. Fehlerbeschreibung (Bitte ankreuzen!)   |  | JA                              | NEIN                            |
| Trat der Fehler einmalig auf?  |  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| Trat der Fehler immer / regelmäßig auf?  |  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| Wann trat der Fehler zum ersten Mal auf?   |  |                                 |                                 |
| Fehler / Beschädigung aufgrund von externen Einflüssen (z.B. Pferdetritt)?                                     |  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| Handelt es sich bei dem Schaden vsl. um einen Versicherungsfall?   |  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| Tritt der Fehler in Verbindung mit Ihrem Röntgengerät auf?   |  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| Wenn ja, von welchem Hersteller ist Sie Ihr Röntgengerät?  |  | <input type="checkbox"/> GIERTH | <input type="checkbox"/> Andere |
| Mit welchem Modell Röntgengerät arbeiten Sie?  |  |                                 |                                 |
| Mit welchem Modell Flat Panel Detektor arbeiten Sie?   |  |                                 |                                 |
| Ist ein Fehler des Röntgengeräts bereits ausgeschlossen?   |  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>        |
| 3. Bitte beschreiben Sie den Fehler / Schaden kurz und verständlich! (Bitte nutzen Sie hierfür auch Seite 2.)* |  |                                 |                                 |
| z.B. Wo oder unter welchen Umständen trat der Fehler / Schaden auf?  |  |                                 |                                 |
| 4. Checkliste für die Einsendung des Systems zur Überprüfung   |  |                                 | JA                              |
| Laptop (inkl. Netzteil)  |  |                                 | <input type="checkbox"/>        |
| Flat Panel Detektor (inkl. Verbindungskabel, falls vorhanden) inkl. Akkus                                      |  |                                 | <input type="checkbox"/>        |
| Ggf. Verbindungskabel DR / Triggerkabel  |  |                                 | <input type="checkbox"/>        |
| Netzkabel / Kaltgerätekabel  |  |                                 | <input type="checkbox"/>        |
| Weiteres Zubehör   |  |                                 | <input type="checkbox"/>        |

Hiermit erkenne ich an, dass die Gebühr i.H.v. EUR 120,00 (EX WORKS Riesa) für die Systemprüfung, unabhängig des Ergebnisses für den Aufwand der Systemüberprüfung, anfällt.

Datum

Unterschrift und Stempel

|                            | ERSTELLT                               |  |                                       |  | GEPRÜFT                                |  |                                       |                                       | FREIGEgeben                           |  |  |  |
|----------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Datum / Kürzel Mitarbeiter | 27.05.2021/SR                          |  |                                       |  | 27.05.21/EL                            |  |                                       |                                       | 28.05.21/RG                           |  |  |  |
| Verteiler                  | <input checked="" type="checkbox"/> GF | <input checked="" type="checkbox"/> QB | <input checked="" type="checkbox"/> K | <input checked="" type="checkbox"/> AZ | <input checked="" type="checkbox"/> VT | <input checked="" type="checkbox"/> PL | <input checked="" type="checkbox"/> E | <input checked="" type="checkbox"/> F | <input checked="" type="checkbox"/> R | <input checked="" type="checkbox"/> DS | <input checked="" type="checkbox"/> EK |  |

