

# FO Einsendung Röntgengerät zur technischen Überprüfung



**Hinweis:** Für die technische Überprüfung und Fehleranalyse Ihres eingesendeten Röntgengerätes erlauben wir uns, unabhängig des aus der Geräteprüfung 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 Röntgensystems ein Leihsystem zur Verfügung. Sprechen Sie uns an!

1. Allgemeine Daten			
Kundenname / Praxisname (Kundennummer):			
Ansprechpartner:			
Telefonnummer / Handynummer:			
Röntgengerätetyp / Seriennummer:			
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 Digitalsystem auf?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit welchem Empfängersystem arbeiten Sie?		<input type="checkbox"/> Analog	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> DR
Mit welchem Typ Empfängersystem arbeiten Sie?			
Ist ein Fehler des Empfängersystems bereits ausgeschlossen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bitte beschreiben Sie den Fehler / Schaden kurz und verständlich!			
<i>z.B. Wo oder unter welchen Umständen trat der Fehler / Schaden auf?</i>			
4. Checkliste für die Einsendung des Gerätes zur Überprüfung			JA
GIERTH Röntgengerät			<input type="checkbox"/>
Handauslöser / Fußauslöser			<input type="checkbox"/>
Stromversorgungskabel / Netzkabel			<input type="checkbox"/>
Ggf. Verbindungskabel DR / Triggerkabel			<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 Geräteprüfung, unabhängig des Ergebnisses für den Aufwand der Systemüberprüfung, anfällt.

Datum

Unterschrift und Stempel

	ERSTELLT				GEPRÜFT				FREIGEGEREN			
Datum / Kürzel Mitarbeiter	27.05.21/SR				27.05.21/MK				28.05.21/RG			
Verteiler	<input checked="" type="checkbox"/> GF	<input checked="" type="checkbox"/> QB	<input checked="" type="checkbox"/> XK	<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	