



Datum: .....

**Beställare**

Hörcentral: .....

Audionom: .....

Tel: .....

E-post: .....

Fakturaadress: .....

.....

.....

**Användare**

Namn: .....

Personnummer: .....

Tel: .....

E-post: .....

Postadress: .....

.....

.....

**Felbeskrivning**

**Service**

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

**Skaljusteringar/skalbyte**

- 20.  Skaver/gör ont
- 21.  Sitter löst i örat
- 22.  För stor (kosmetiskt)
- 23.  Akustisk återkoppling
- 24.  Ändra vent.kanal till  
..... mm
- 25.  Allergisk reaktion
- 50. Övrigt .....



markera gärna  
proble

**Tilläggsbeställningar**

- 30.  Vaxfilter Typ .....
- 31.  Telespole
- 32.  Volymkontroll
- 33.  Utdragstråd
- 50. Övrigt .....

**Returer** Ange huvudsaklig orsak och åtgärd

**Orsak**

- 40.  Motivationsbrist
- 41.  Hanteringsproblem
- 42.  Dålig passform
- 43.  Ej nöjd med ljudkvalitet
- 44.  Möter ej brukares förväntning
- Varför? .....

**Åtgärd**

- 45.  Väljer monauralt
- 46.  Väljer BÖ
  - samma fabrikat
  - annat fabrikat
- 47.  Väljer annan IÖ
  - samma fabrikat
  - annat fabrikat
- 48.  Väljer ingen hörapparat

Patientbricka

**Bifogas**

Fabrikat: .....

Modell: .....

Serie-nr. vä: .....

Serie-nr. hö: .....

Nya avtryck  Ja  Nej

**Medsända tillbehör:**

- Etui
- Batterier
- Insats

Levereras åter till  HC  Användare

Garanti åberopas  ja  nej

Kostnadsförslag önskas

ja, om kostnaden överstiger: \_\_\_\_\_ kr

**Övrigt**

Vi önskar fler:  service/returblanketter  adressetiketter

Blanketten finns också att hämta på [www.svenskhorsel.se](http://www.svenskhorsel.se)

**Noteringar:**

Datum .....

Underskrift .....

**Ifylls av leverantör**

Ankomstdatum

Leveransdatum

Order/fakturanummer

Sign.