

Kundendaten

Anschrift

Kunden-Nr. _____

Ansprechpartner _____

Tel. _____ Datum _____

Referenz _____

Empfänger

Sonova AG
Sonova Schweiz
Laubisrütistrasse 24
8712 Stäfa

Angaben zum Auftrag

- ☐ Reparatur Farbumbau in _____
- ☐ Remake

Reparaturhinweise

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| re | li | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ohne Funktion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bruchschaden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aussetzer wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zu leise |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | verzerrt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lautstärkeregelung mangelhaft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schalter-/Tasterfunktion mangelhaft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nicht programmierbar / auslesbar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Batterielaufzeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akku zu schwach / lädt nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | LED: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluetooth- / Wireless: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geräusche _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rückkopplung _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Angaben zum Gerät

Geräte-Marke/Typ _____

Serien-Nr. links _____

Serien-Nr. rechts _____

Abdrücke-Anzahl _____

Roger Lizenz auf Gerät? ☐ Ja ☐ Nein

Zusätzlich eingesandte Geräte oder Zubehör

Remake

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| re | li | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sitzt zu fest (Druckstelle markiert) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sitzt zu locker (rutscht) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Baugrösse zu klein / gross |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Okklusion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rückkopplung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abstützung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Venting _____ mm |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Bemerkungen
