

CO₂ ABSORBER

Um die Sicherheit und Leistung unserer Produkte zu gewährleisten, bittet AirLife® um Ihr Feedback.
Bitte füllen Sie nach Verwendung des Produkts das Bewertungsformular aus.

DATUM _____

EINRICHTUNG/KRANKENHAUS _____

NAME UND TITEL _____

ABTEILUNG _____



VERTRAGSEBENE

(BITTE FÜR JEDE AUSSAGE EINE ANTWORT EINKREISEN)

Saß der Behälter gut auf dem Gerät und hat die Dichtigkeitsprüfung bestanden?

Ja

Nein

War die Dauer gleich oder besser als Ihr aktuelles Produkt?

Ja

Nein

Ist der Absorber klinisch akzeptabel?

Ja

Nein

ZUSÄTZLICHE KOMMENTARE:
