

FORMULARIO DE REPARACIONES

Imprimir

FECHA:		GAMA DE PRODUCTO	
Nº Cliente	Nombre del Centro		
Audioprotésista:		Datos del usuario y productos	
<input type="checkbox"/> Devolver llamada Nº teléfono: _____		Nº de referencia : _____ Modelo de audífono ó accesorio : _____ Nº de serie : _____	

DESCRIPCIÓN PARA LA REPARACIÓN

Sistema

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No funciona | <input type="checkbox"/> Interrupciones |
| <input type="checkbox"/> Baja amplificación | <input type="checkbox"/> Distorsión |
| <input type="checkbox"/> Hace ruidos | <input type="checkbox"/> No se puede programar |
| <input type="checkbox"/> Consumo elevado | <input type="checkbox"/> Realimentación acústica interna |
| <input type="checkbox"/> Carcasa defectuosa | <input type="checkbox"/> Pulsador / C. de volumen defectuoso |

Descripción del error

- Se ha encontrado en una inspección rutinaria
- El usuario ha traído el audífono indicando el fallo
- Ocurre ocasionalmente
- El audífono se ha caído
- El audífono se ha mojado / exceso de sudoración

Sin una explicación concreta del fallo, el tiempo de reparación puede tardar más de lo normal.

MODIFICACIONES DE MOLDES Y CARCASAS

Conducto Auditivo

- Cartilaginoso
 Flexible
 Sensible/Delicado




Ajuste indebido por:

- Canal auditivo**
 - Demasiado largo
*(por favor indique la longitud deseada)**
 - Demasiado corto
*(por favor indique la longitud deseada)**
- Audífono**
 - Se mueve al masticar
 - Se desliza continuamente
 - Acoplamiento al masticar*
 - Acoplamiento continuo
 - Causa dolor por presión
(por favor, marcar lugar de presión)

Solución deseada:

- Extremo de canal** Cónico Escalonado
- Nueva Cápsula / Molde
 - No redondear los perfiles del canal auditivo
 - Añadir hilo de extracción _____ mm.
 - Lacado blando
 - Acabado de la superficie
 - ComforClean ComforMed
 - Vitrificado Dorado
 - Ventilación *(en caso de nueva carcasa)* _____ mm.

Añadir apoyo basal*

-  Apoyo corto
-  Apoyo largo
-  Concha completa
- _____

*Por favor, adjunte nuevas impresiones. Impresión hasta la 2ª curvatura con movimiento de masticación o boca abierta

Observaciones	Fecha
	Firma