

Ø Datum

Kunde

Vertrieb

8 D – Report



KVP Institut GmbH
Gesellschaft für Beratung
und Weiterbildung

D-PLZ ORT ☎ Telefon-Nr. Fax: Telefax-Nr. Sachbearbeiter: Name, email-Adresse

Stellungnahme an

Abt.:

Tel.:

Fax:

	Kunden-Prüfbericht / Inspection PB.-Nr.:	Kunden-Prüfberichts-Datum / Customer Inspection Date	Lfd. Nr. / Ref. No. #
Aktuelles Datum/Status Date	Kunde / Customer	Benennung / Part Name Vibrac.-Material.-Nr./Part No Kd.-Teile Nr./ Cust.Part No Beanstandung, Stück:	
1. Team, Name Leiter / Champion	2. Problembeschreibung des Kunden / Problem Description		
3. Sofortmaßnahmen / Containment Action(s)			Einführungsdatum/ Implement Date/ Name
4. Hauptursache(n) / Root Cause(s)			
5. Vorgesehene dauerhafte Abstellmaßnahmen Chosen Permanent Corrective Action(s)			Verwirklichung / Verification Datum/Date/Name
6. Eingeführte dauerhafte Abstellmaßnahmen Implemented Permanent Corrective Action(s)		Verantwortlich / Responsible	Einführungsdatum Implementation Date
7. Langfristige Vorsorge / Preventive Action(s)		Verantwortlich / Responsible	Einführungsdatum Implementation Date
8. Abschluß / Review	Leiter / Champion	Abschlußdatum Close Date	Erstellt von / Reported by Name: Tel.: (07631) 71-

Teile i. O. Stck	Teile n. i. O. Stck	davon Nacharbeit Stck	davon Ausschuss Stck
-----------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------

Änderung in der FMEA erforderlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Änderung in der Zeichnung erforderlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Änderung im Controllplan erforderlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Andere Produkte betroffen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Kostenstelle:	Formular-Änderungsstand: ...	Formular-Nr.: ...
---------------	------------------------------	-------------------