

Um eine reibungslose Bearbeitung Ihrer Reklamation zu ermöglichen, bitten wir Sie, dieses Formular entsprechend Punkt A) bzw. B) möglichst detailliert auszufüllen. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte ein extra Blatt und hängen dieses an den Meldebogen an.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rücksendedatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Bestellnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Name des Produktes: _____ | |
| Artikelnummer (PZN): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Chargenbezeichnung: _____ |
| Unterschrift: _____ | |

A) Rücksendung bei Unverträglichkeit:

Angaben zur Person: Geburtsdatum: Größe: cm

Geschlecht: m w (Schwangerschaft: Monat) Gewicht: kg

Grunderkrankung bzw. Begleiterkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche? _____

Liegen Risikofaktoren vor? Allergien* Rauchen Sonstige*

* Erläuterungen diesbezüglich: _____

Angaben zum Arzneimittel:

a) Wie lange wurde das Produkt angewendet? Von: Bis:

b) In welcher Dosierung haben Sie das Medikament wie oft pro Tag angewendet?

c) Aus welchem Grund bzw. zu welchem Zweck haben Sie das Arzneimittel angewendet?

d) Beobachteten Sie unerwünschte Wirkungen und deren Folgen? Wie wurde weiter verfahren (Therapie)?

e) Nach wie vielen Tagen trat die Nebenwirkung auf? Dauer (Stunden/Tage)?

B) Rücksendung bei Qualitätsmangel

Bitte machen Sie hier Angaben, wenn das Arzneimittel Qualitätsmängel z.B. in Konsistenz, Form, Haltbarkeit o.ä. aufweist _____

Anbruchdatum:

Hatte der Qualitätsmangel Folgen? Wenn ja, welche im Einzelnen? _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Damit unterstützen Sie einen schnellen und unkomplizierten Ablauf Ihrer Rücksendung. Wir werden Ihre Daten vertraulich behandeln und nur anonymisiert weitergeben. Die Weiterleitung erfolgt zur Information an den Hersteller des Produktes und die entsprechende Behörde in jeweils anonymisierter Form, um unerwünschte Wirkungen bzw. die Qualität überprüfen zu lassen.