

Erfassungsbogen für Produktreklamationen und unerwünschte Produktwirkungen Schülke & Mayr GmbH, Robert-Koch-Str. 2, 22851 Norderstedt, Germany					
Arzneimittel <input type="checkbox"/>	Medizinprodukt <input type="checkbox"/>	Kosmetikum <input type="checkbox"/>	Biozid <input type="checkbox"/>	Technisches Produkt <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erstmeldung <input type="checkbox"/> nachträgliche Information zum Fall Nr.:					
Daten der meldenden Stelle / des Kunden:					
Meldender Ansprechpartner (Pflichtangabe):					
Kundenname / -kontakt					
Kundennummer					
Lieferschein- / Bestellnummer					
Kundenadresse (Straße, PLZ, Ort, Land):					
Kundentelefon / -fax / E-Mail					
Produktinformation:					
Produktname (Pflichtangabe) / Größe/Menge:					
Chargen- oder Seriennummer (Pflichtangabe bei Produktreklamation): / Verfalldatum:					
Beschreibung der Beanstandung / unerwünschten Produktwirkung (Pflichtangabe): Aufgetreten am:					
Anwendung des Produktes von – bis:					
Ein anderes Produkt vorher angewendet? (Wenn ja, welches?)					
Produkt / Muster		<input type="checkbox"/> wird eingeschickt <input type="checkbox"/> ist verfügbar <input type="checkbox"/> ist nicht (mehr) verfügbar			
Patienteninformation in Falle des Verdachts auf eine unerwünschte Produktwirkung:					
Geschlecht (Pflichtangabe):		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Initialen:	
Alter / Geburtsdatum:		Gewicht / Größe:		kg	cm
Grund der Anwendung:		Anwendungsart:			
Weitere Personen betroffen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wenn ja, wie viele?	

Erfassungsbogen für Produktreklamationen und unerwünschte Produktwirkungen Schülke & Mayr GmbH, Robert-Koch-Str. 2, 22851 Norderstedt, Germany		
Information zu der unerwünschten Produktwirkung:		
Kontaktdaten des involvierten Arztes / Apothekers (Name, Anschrift / E-Mail / Tel. / Fax):		
Verlauf der unerwünschten Produktwirkung und der Therapie: (ggf. Anlage verwenden)		Lebensbedrohlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Folgendes war erforderlich: <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung <input type="checkbox"/> Verlängerung des Krankenhausaufenthalts <input type="checkbox"/> keines davon	Ausgang der unerwünschten Produktwirkung: <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> Tod (Datum):	Zusammenhang mit Produkt: <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen
Weitere für die Bewertung des Falles wichtige Information:		
z.B. Grunderkrankungen (z.B. Allergien, Hauterkrankungen), Schwangerschaft, Begleitmedikation, Laborbefunde, Testergebnisse (ggf. Anlage verwenden)		
Epikutan-Test gewünscht: ja nein	Test *) positiv bei Code :	
Wer wurde informiert: <input type="checkbox"/> Hersteller / <input type="checkbox"/> Zulassungsinhaber / <input type="checkbox"/> Behörde / <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Empfangen durch schülke / Vertragspartner Name, Datum, Unterschrift (Pflichtangaben):		
Weiterleitung:	<input type="checkbox"/> E-Mail: reklamationen@schuelke.com	<input type="checkbox"/> Fax: +49 (0) 40 52100511

*) Bitte Testbogen anhängen / versenden