

Erfassungsbogen für Produktreklamationen und unerwünschte Produktwirkungen Schülke & Mayr Ges.m.b.H., Seidengasse 9, 1070 Wien				
Arzneimittel <input type="checkbox"/>	Medizinprodukt <input type="checkbox"/>	Kosmetikum <input type="checkbox"/>	Biozid <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 (Firma, Krankenhaus)				
Kundennummer				
Lieferschein- /Bestellnummer				
Kundenadresse (Straße, PLZ, Ort, Land):				
Kundentelefon / -fax / E-Mail				
Produktinformation:				
Produktname (Pflichtangabe) /Größe/Menge/Artikelnummer:				
Chargen- oder Seriennummer (Pflichtangabe bei Produktreklamation): / Verfalldatum:				
Beschreibung der Beanstandung / unerwünschten Produktwirkung (Pflichtangabe): Aufgetreten am:				
Anwendung des Produktes von – bis:				
Wurde 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 <input type="checkbox"/> divers		Initialen:
Alter / Geburtsdatum:		Gewicht / Größe:		kg cm

Erfassungsbogen für Produktreklamationen und unerwünschte Produktwirkungen Schülke & Mayr Ges.m.b.H., Seidengasse 9, 1070 Wien			
Grund der Anwendung:		Anwendungsart:	
Sind weitere Personen betroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viele?	
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)			
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:			
Weiterleitung:	<input type="checkbox"/> E-Mail: reklamationen.austria@schuelke.com		