

<b>Erfassungsbogen für Produktreklamationen und unerwünschte Produktwirkungen</b> Schülke & Mayr GmbH, Seidengasse 9, 1070 Wien					
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.:					
<b>Daten der meldenden Stelle / des Kunden:</b>					
<b>Meldender Ansprechpartner (Pflichtangabe):</b>					
Kundenname / -nummer / -kontakt					
Kundenadresse (Straße, PLZ, Ort, Land):					
Kundentelefon / -fax / E-Mail					
<b>Produktinformation:</b>					
<b>Produktname (Pflichtangabe) / Größe / Menge:</b>					
<b>Chargen- oder Seriennummer (Pflichtangabe bei Produktreklamation): / Verfalldatum:</b>					
<b>Beschreibung der Beanstandung / unerwünschten Produktwirkung (Pflichtangabe):</b> <b>Aufgetreten am:</b>					
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			
<b>Patienteninformation in Falle des Verdachts auf eine unerwünschte Produktwirkung:</b>					
<b>Geschlecht (Pflichtangabe):</b>		<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?	

<b>Erfassungsbogen für Produktreklamationen und unerwünschte Produktwirkungen</b> Schülke & Mayr GmbH, Seidengasse 9, 1070 Wien		
<b>Information zu der unerwünschten Produktwirkung:</b>		
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
<b>Folgendes war erforderlich:</b> <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung <input type="checkbox"/> Verlängerung des Krankenhausaufenthalts <input type="checkbox"/> keines davon	<b>Ausgang der unerwünschten Produktwirkung:</b> <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> Tod (Datum):	<b>Zusammenhang mit Produkt:</b> <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen
<b>Weitere für die Bewertung des Falles wichtige Information:</b>		
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:		
<b>Empfangen durch schülke / Vertragspartner</b> <b>Name, Datum, Unterschrift (Pflichtangaben):</b>		
<b>Weiterleitung:</b>	<input type="checkbox"/> E-Mail: office.austria@schuelke.com	<input type="checkbox"/> Fax: 01 / 523 25 01 60

\*) Bitte Testbogen anhängen / versenden