

## Reklamation Läkemedelsnära produkter

Anmälningsdatum

Formuläret gäller

---

### Uppgifter om produkt

Kundorder/Ärendenummer

Reklamerad produkt

Leverantör

Leverantörens artikelnummer

Batch/LOT nummer

Inköp/Beställning av reklamerad produkt (datum)

Uttagsnummer

Orsak till reklamation—Beskriv problemet/felet på produkten

---

### Uppgifter om ersättningsleverans

1. Har ersättningsleverans skickats?

Ja Nej

3. Har patient sparat produkt och förpackning?

Ja Nej

2. Önskar patient ersättningsleverans?

Ja Nej Antal

4. Får leverantör kontakta patient för retur?

Ja Nej

---

### Uppgifter om patient/förskrivare

Patientens namn

Telefon

Patientens adress

Patientens e-post

Förskrivarens namn

Telefon

Förskrivarens e-post

Uppgiftslämnare

Telefon

Godkänner du att vi skickar dina personuppgifter till en extern part?

Ja Nej

---

Bedömning av produktkonsulent/leverantör