

Kunden-Nr.: _____

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie in direkten Zusammenhang mit dem Arzneimittel bringen oder sollten Sie an Ihrem Arzneimittel einen Qualitätsmangel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen und ggf. das beanstandete Arzneimittel an uns zurückzusenden.

Empfänger:

easyApotheke Versandhandel
Inh. Apotheker Harald Steinert e.k.
Bischofskamp 40
31137 Hildesheim

Fax: 05121/289 35-98
Email: info@easyapotheke.de

Beanstandetes Arzneimittel

Artikelbezeichnung:	
Artikel-Nr. (PZN):	
Darreichungsform (z.B. Tabletten, Saft, etc.):	
Packungsgröße:	
Chargen- Bezeichnung:	
Verwendbar bis:	
Bestellt am:	
Erhalten am:	

Grund der Beanstandung:

Beanstandung der Produktqualität: (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Trübung, etc.)

1. Was beanstanden Sie/ Welche Qualitätsmängel haben sie festgestellt?
2. Wo und wie haben sie das Arzneimittel gelagert?
3. Worauf führen Sie die Mängel zurück?

Beanstandung aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen:

1. Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?
2. In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen?
3. Erfolgte die Einnahme auf ärztliche Verordnung? Ja Nein
4. Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel ein?
5. Welche anderen Arzneimittel nehmen Sie derzeit ein?
6. Welche anderen Arzneimittel nahmen Sie in der Vergangenheit ein?
5. Nehmen Sie das beanstandete Arzneimittel derzeit noch weiter ein?

Kontaktdaten

Name / Vorname:*

Straße / Hausnummer:*

PLZ / ORT:*

Telefon / Fax

*Pflichtangaben