

Reklamation läkemedelsnära produkter

Anmälningsdatum

Formuläret gäller

Leverantör

Reklamerad produkt

Orsak till reklamation - Beskriv problemet/felet på produkten

Uppgifter om produkt och eventuell ersättningsprodukt

Batch/LOT nummer

Leverantörens artikelnummer

Inköp/beställning av reklamerad produkt (datum)

Ev. garanti på ersättningsprodukt gäller till (datum)

Unikt serie-nr reklamerad produkt
(CGM o insulinpump)

Unikt serie-nr ersättningsprodukt
(CGM o insulinpump)

Får leverantör kontakta patient för retur?

Ja Nej

Har patient sparat produkt och förpackning?

Ja Nej

Önskar patient ersättningsleverans?

Ja Nej

Ersättningsleverans skickad

Ja Nej

Patientens namn

Telefon

Adress

Förskrivarens namn

Telefon

Förskrivarens e-post

Uppgiftslämnare

Telefon

Bedömning av produktkonsulent/leverantör