



Persönliche Daten

Frau	Herr	_____	Firma	_____	Krankenkasse	_____	
_____	_____	_____	Vorname	_____	Versichertennummer	_____	
_____			Telefon (tagsüber)			_____	
Straße und Hausnummer			Telefon (abends)			_____	
PLZ	_____	Ort	_____	Fax		_____	
Kunden-Nr. (falls vorhanden)		_____	Geburtsdatum	_____		E-Mail	_____

Bezeichnung des Arzneimittels

PZN* _____ Bezugsdatum: _____ Verwendbar bis: _____

Bezeichnung des Arzneimittels _____

Darreichungsform:** _____

Packungsgröße: _____

Hersteller/Importeur: _____

Chargen-Bezeichnung: _____

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes ** Tabletten, Saft, Creme

Beanstandung der Produktqualität

(Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung usw.)*

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? _____

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? _____

Worauf führen Sie die Mängel zurück? _____

*Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Originalverpackung an unsere Apotheke zurück.

Beanstandung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? _____ _____ _____	Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet? _____ _____ _____
In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen? _____ morgens _____ mittags _____ abends	Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel? _____
Erfolgte die Einnahme des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung? ja nein	Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift