

# SERVICESCHEIN



Befinden Sie sich wohl!

## ■ PERSÖNLICHE DATEN

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel <input type="text"/>		Telefon (tagsüber)	<input type="text"/>
Vorname <input type="text"/>		Telefon (abends)		<input type="text"/>
Name <input type="text"/>		E-Mail		<input type="text"/>
Straße/Haus-Nr. <input type="text"/>		Kunden-Nr.	<input type="text"/>	- K
PLZ <input type="text"/>		Rechnungsnummer	<input type="text"/>	- B
Ort <input type="text"/>		Lieferscheinnummer	<input type="text"/>	

## ■ MELDUNG VON ARZNEIMITTELRSIKEN

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen auftreten. Die Sie in direktem Zusammenhang mit dem Arzneimittel bringen oder sollten Sie an Ihrem Arzneimittel einen Qualitätsmangel feststellen, bitten wir Sie, neben der Arztkonsultation die folgenden Fragen zu beantworten und gegebenenfalls mit dem betreffenden Arzneimittel an uns zurücksenden.

Arzneimittelbezeichnung	Artikel-Nr./PZN	Darreichungsform z.B. Tablette	Packungsgröße	Hersteller	Verwendbar bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert?				Chargen-Nr.	Bezugsdatum
Erfolgte die Einnahme des Medikaments auf Grund ärztlicher Verordnung?				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche unerwünschte Wirkung trat auf?		<input type="text"/>			
Worauf führen Sie die Mängel zurück?		<input type="text"/>			
Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel?		<input type="text"/>			
Welche anderen Arzneimittel wurden/werden angewendet?		<input type="text"/>			
Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkung weiter ein?		<input type="text"/>			
Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>		

## ■ FÜR DIE RETOUR:

Artikel-Nr./PZN	Artikelbezeichnung	Packungsgröße z.B. „10Tabletten“	Menge	Nummer Retourgrund	Retourgründe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>•Arzneimittel</b> 10.) Unverträglichkeit 11.) Deklaration* 12.) Zersetzung 13.) Verfärbung 14.) Verwechslung 15.) Verpackung beschädigt 16.) Lieferung zu spät  <b>•Sonstige Artikel</b> 20.) Artikel beschädigt 21.) Artikel falsch bestellt 22.) Artikel zu spät geliefert 23.) Artikel nicht bestellt 24.) sonstiger Grund
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**WICHTIG!** Bitte rufen Sie vor jeder Retour unsere Servicenummer an:  
**03563 3442 222**

Bitte beachten Sie auch die Bestimmungen aus den [AGB](#)

.....  
 .....

\* "Deklaration": ein anderes Arzneimittel, als auf der Packung beschrieben liegt in der Packung