

Reklamation von Blutpräparaten



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

dieses Formular dient Ihnen in den Fällen, in denen Sie mit der Qualität der von uns gelieferten Blutprodukte nicht einverstanden sind, als Grundlage für eine Reklamation. Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular unverzüglich an die folgende Adresse bzw. per Fax an die Faxnummer: 06221 / 56 4030

Hinweis: Dieses Formular bitte nur bei Qualitätsmängeln von Blutprodukten verwenden, Transfusionsreaktionen bitte mit dem dafür vorgesehenen Formular melden.

**An das
IKTZ Heidelberg gemeinnützige GmbH
Im Neuenheimer Feld 305
69120 Heidelberg**

Kundin/Kunde (Stempel)	Ansprechpartner bei Rückfragen: Telefon/Fax:
------------------------	---

- | | | |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> EK Nr.: | Liefertag: | Rückgabetag: |
| <input type="checkbox"/> TK Nr.: | Liefertag: | Rückgabetag: |
| <input type="checkbox"/> GFP Nr.: | Liefertag: | Rückgabetag: |

Art des Qualitätsmangels:

Bluttransfusion bereits eingeleitet: ja nein

Falls ja, Menge des verabreichten Blutes: _____ ml

Ort, Datum

Unterschrift

Vom IKTZ HD auszufüllen	Vom IKTZ HD auszufüllen	Vom IKTZ HD auszufüllen
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Reklamation entgegengenommen von: _____ am: ____ / ____ / ____ um: ____: ____ Uhr

Zuständigen _____ informiert am: ____ / ____ / ____ um: ____: ____ Uhr

Verbleib Produkt: _____ Datum: ____ / ____ / ____ Bearbeiter: _____