



Reklamationserfassung

Krankenhaus / Station		
Anschrift:		
Tel. Nr.:		
Ansprechpartner: _____	_____	_____
Name	Unterschrift	Datum
Konserven-Nr.: _____	Entnahmedatum: _____	Verfalldatum: _____
Konserven-Nr. .: _____	Entnahmedatum: _____	Verfalldatum: _____
Produkt:		
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> leukozytendepletiert	
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> gewaschen	
<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> bestrahlt	
Art der Reklamation:		
<input type="checkbox"/> Hämolyse im Schlauchsegment <input type="checkbox"/> Hämolyse in der Konserve <input type="checkbox"/> Beuteldefekt <input type="checkbox"/> Positive Kreuzproben <input type="checkbox"/> Blutgruppenabweichung <input type="checkbox"/> Gerinnsel <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Wann / wo wurde der Defekt bzw. die Abweichung bemerkt?		
<input type="checkbox"/> Bei Anlieferung <input type="checkbox"/> Bei der Lagerung <input type="checkbox"/> Beim Auftauen <input type="checkbox"/> Im Labor		
		<input type="checkbox"/> bei der Kreuzprobe <input type="checkbox"/> Blutgruppenabweichung
<input type="checkbox"/> Vor der Transfusion <input type="checkbox"/> Während der Transfusion <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

Bitte beachten Sie:

Je vollständiger uns Ihre Angaben zur Verfügung stehen, desto schneller ist eine zufriedenstellende Bearbeitung Ihrer Reklamation durch unser Haus möglich.

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

