

**Reklamationserfassung**

Krankenhaus / Station		
Anschrift:		
Tel. Nr.:		
Ansprechpartner: _____	_____	_____
Name	Unterschrift	Datum
Entnahme-Nr.: _____	Entnahmedatum: _____	Verfalldatum: _____
Produkt:		
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> gewaschen	
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> bestrahlt	
<input type="checkbox"/> Plasma		
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	Angabe des Testsystems: _____	
<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.

Dokument: 23788 / 3 - FB-N-FM-016 Produkt-Reklamationserfassung	Hinweise:	Gültig ab:10.04.2018
Geltungsbereich: Nord-Fehlermeldesystem (inkl. Look Backs ...);Schleswig-Fehlermeldesystem (inkl. Look Backs ...);Schleswig-Praxis;Schleswig-Immunhämatologie/Patientendiagnostik;Lütjensee-Immunhämatologie-Patientendiagnostik;Lütjensee-Praxis		Status: gültig
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift gültig.		Seite 1 von 2

Nur vom DRK Blutspendedienst Nord-Ost auszufüllen:

Eingang der Reklamation am: _____	
<input type="checkbox"/> Produkt vorhanden	<input type="checkbox"/> Produkt nicht mehr vorhanden (nur bei Bruch)
Weiterleitung des Produktes an	<input type="checkbox"/> Qualitätskontroll-Labor Lütjensee <input type="checkbox"/> Patientenlabor <input type="checkbox"/> Qualitätskontroll-Labor Cottbus <input type="checkbox"/> Leiter der Herstellung
Information an Leiter der Herstellung: <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten bei Herstellungsdaten	
<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten bei Herstellungsdaten: _____	

Durchgeführte Untersuchungen durch das Qualitätskontroll-Labor:	
<input type="checkbox"/> makroskopische Beurteilung (z. B. Kontrolle Beuteldefekt, Gerinnsel)	
<input type="checkbox"/> mikrobiologische Kontrollen	<input type="checkbox"/> Freies Hb:
<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Zusammenfassender Bericht:	
Mitteilung an <input type="checkbox"/> das Krankenhaus/Anwender erfolgt am: _____ durch _____	
Mitteilung an <input type="checkbox"/> den Vertrieb erfolgt am: _____ durch _____	