



!Y27670400125564

**Vom Krankenhaus auszufüllen (Bearbeitung nur bei kompletten Angaben!)**

Einsender, hier bitte unbedingt angeben:

Präparatenummer: \_\_\_\_\_

Artikel- Nr.: \_\_\_\_\_

Blutprodukt:       EK    Plasma    TK

Hersteller: \_\_\_\_\_

Begleitpapiere:       ja       nein

Lieferschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Lieferdatum: \_\_\_\_\_

**Grund der Beanstandung:**

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Zur Bearbeitung einer Reklamation ist immer das reklamierte Blutprodukt mit einzusenden!**

**Reklamationsbearbeitung durch den DRK Blutspendedienst**

**MA Vertrieb/ MTA Labor:**

Entgegengenommen von: \_\_\_\_\_  
(Datum, Name und Unterschrift)

Interne  
Reklamations-Nr.

**Kontrolllabor:**

Untersuchungsergebnis: \_\_\_\_\_

Produkt körperlich entsorgt:    nein  ja, Datum: \_\_\_\_\_

Produkt weitergeschickt:    nein  ja nach : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift LQK oder beauftragter MA)

ggf. weitere Untersuchungsergebnisse: \_\_\_\_\_

Reklamationsgrund bestätigt       ja    nein

Fehllieferung:    ja

\_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift LQK oder beauftragter MA)

**Weitere zu informierende Personen, nach Risikobewertung durch die Leitung Qualitätskontrolle:**

Stufenplanbeauftragten:  nein  ja    Großhandelsbeauftragten:    nein  ja

Leitung Herstellung:    nein  ja    sonstige Personen:       nein  ja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift LQK

**Vertrieb:**

Gutschrift vom Zulieferer veranlasst:       nein  ja

Gutschrift für Kunden veranlasst:       nein  ja       Kulanz

\_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift AL oder beauftragter MA)

Entsorgung in EDV am: \_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift MA)

**Risikobewertung**

Risiko:       gering  mittel       groß

ARM-Bericht:    nein  ja      Fehlerbericht:    nein  ja

\_\_\_\_\_  
(Datum/Unterschrift AL oder verantwortliche Person)