

Rückruf-Nummer: *RXXXX/YY*

Station:

Kostenstelle:

Datum: *TT.MM.JJ*

**DRINGENDER ARZNEIMITTEL-RÜCKRUF: *TESTLAUF***

*Als Lieferant von Arzneimitteln ist das ISP-Q verpflichtet, über ein wirksames Rückrufverfahren zu verfügen. Ein solches Rückrufverfahren muss auch periodisch getestet werden, um im Ernstfall funktionstüchtig zu sein. Beim vorliegenden Rückruf handelt es sich um einen solchen **Testlauf**. Wir bitten Sie die folgenden Schritte wie bei einem echten Rückruf durchzuführen, aber uns **keine Ware zurückzuschicken**.*

Die unten aufgeführte(n) Charge(n) des folgenden Produktes unterliegen einem dringenden Arzneimittel-Rückruf. Wir bitten Sie, **sofort** Ihre Bestände zu kontrollieren:

<b>Produkt:</b>	XXXXXXXX
<b>Chargennummer:</b>	XXXXXXXX
<b>Grund des Rückrufes:</b>	<b>Testlauf</b>

Falls sich die genannte Charge dieses Produktes in Ihren Beständen befindet, bitten wir Sie, die untenstehende Tabelle auszufüllen und uns diese Mitteilung auf **Fax 061 265 85 05** zurückzuschicken:

**Durch den Bezüger auszufüllen:**

<input type="checkbox"/> <b>kein Lagerbestand</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Lagerbestand von</b>	
..... Anzahl ungeöffneter Packungen	
..... Anzahl angebrochener Packungen	
Name:	Datum/Unterschrift:

***Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit bei diesem Testlauf.***

**Kontrolle Klinikbetreuung:**

<b>Prüfpunkt:</b>	<b>Datum/Visum</b>
<input type="checkbox"/> Meldung in Bilanzierung aufgenommen	