

Rückruf-Nummer: RXXXX/YY

Station:

Kostenstelle:

Datum: TT.MM.JJ

ARZNEIMITTEL-RÜCKRUF

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

Produkt:	XXXXX
Chargennummer:	XXXXX
Grund des Rückrufes:	XXXXX
Ersatzpräparat:	XXXXX

Bitte füllen Sie die untenstehende Tabelle aus und senden Sie diese Mitteilung gegebenenfalls gemeinsam mit Ihren allfälligen Lagerbeständen

Innert 3 Tagen

an uns zurück (Fax 265 85 05, STA835, RP2910).

Durch den Bezüger auszufüllen:

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

Kontrolle Klinikbetreuung:

Prüfpunkt:	Datum/Visum
<input type="checkbox"/> Angaben des Bezügers korrekt	
<input type="checkbox"/> Ware erhalten, Angaben des Bezügers nicht korrekt	
Korrektur:	