

**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:

<b>Produkt:</b>	XXXXX
<b>Chargennummer:</b>	XXXXX
<b>Grund des Rückrufes:</b>	XXXXX
<b>Ersatzpräparat:</b>	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"/> <b>kein Lagerbestand</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Rücksendung</b> 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: .....	