

Rückruf-Nummer: *RXXXX/YY*

Station:

Kostenstelle:

Datum: *TT.MM.JJ*

DRINGENDER ARZNEIMITTEL-RÜCKRUF

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

sofort

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:	