

Retur eller Reklamation av läkemedel eller vara

Blankett används vid retur exempelvis på grund av trasig vara, felaktig vara eller felaktig leverans.

Beställande enhet:		Retur skickad datum:	
---------------------------	--	-----------------------------	--

Typ av retur:

- Reklamation Indragning
 Retur av annan orsak

Orsak till retur/reklamation (beskriv så utförligt som möjligt):

--

Retur avser vara/läkemedel	Styrka	Beredningsform (tabl./inj./annat)	Förpackningsstorlek

Batchnummer	Utgångsdatum	Antal förpackningar	Ordernummer

Läkemedlet har förvarats enligt tillverkarens förvaringsanvisningar Ja Nej
Kopia av protokoll för temperaturkontroll från förvaringsplats bifogas Ja Nej

Ansvarig för retur (namn):	
Befattning/yrkesroll:	
Underskrift:	
Telefonnummer:	

Blanketten skickas tillsammans med läkemedel/vara till sjukhusapoteket

Ifylles av sjukhusapoteket:

Retur mottagen datum:		Retur hanterad datum:	
Signatur mottagare:		Signatur hantering:	

Tillhör rutin Reklamation av läkemedel på sjukhusapoteket dokumentnummer: 1050740