

Meldebogen an

**APO-IN Versandapotheke**  
**Kronenstr. 30**  
**73760 Ostfildern**

 per Briefpost

per Fax: 0711 633 460 95

per E-Mail: apotheke@apo-in.de

Ihre Kontaktdaten

\*Pflichtfelder

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_ Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.\*: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort\*: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_ Lieferdatum: \_\_\_\_\_

Tel-Nr\*: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Geb. Datum\*: \_\_\_\_\_

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels oder der Anwendung des Produktes unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, die Sie in den Zusammenhang mit der Einnahme bringen oder sollten Sie einen Qualitätsmangel an dem gelieferten Produkt feststellen, senden Sie bitte diesen Meldebogen sowie gegebenenfalls das beanstandete Produkt an uns zurück. Bitte kontaktieren Sie auch Ihre/n behandelnden Arzt/Ärztin. Bei einer Produktrücksendung kontaktieren Sie uns bitte vorher, um den Rücksendevorgang mit Ihnen abzusprechen.

Beanstandetes Medikament / Produkt	Form (z.B. Tabletten)	Packungsgröße (z.B. 100 Stück)	Art.-Nummer (PZN) (7-stellige Nr. auf Packung) falls bekannt	Charge (ChB)	Gekauft am (Datum)

Welche **Qualitätsmängel** beanstanden Sie? (z.B. Verpackung, Trübung, Verfärbung, sonstiges)

\_\_\_\_\_

Worauf führen Sie die Mängel zurück? \_\_\_\_\_

Wie haben Sie das Produkt gelagert? \_\_\_\_\_

Welche unerwünschten **Wirkungen** traten auf? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie haben Sie das Produkt angewendet / eingenommen (*Dosierung*)? \_\_\_\_\_Erfolgte die Einnahme / Anwendung des Arzneimittels / Produktes auf ärztliche Verordnung / Empfehlung?  Ja  Nein

Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel ein, bzw. wenden Sie das Produkt an? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie das Arzneimittel, bzw. verwenden Sie das Produkt trotz der Beanstandungen / Wirkungen weiter?  Ja  NeinWelche anderen Arzneimittel / Medizinprodukte (auch Nahrungsergänzungsmittel) nahmen Sie in der Vergangenheit oder nehmen Sie derzeit ein?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_Sind Sie schwanger?  Ja  Nein  Nicht sicher  Ich stilleBestehen bei Ihnen festgestellte Allergien?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Noch Fragen? [www.apo-in.de](http://www.apo-in.de) - Tel: 0711 24 888 988 – apotheke@apo-in.de

Meldebogen an

**APO-IN Versandapotheke**  
**Kronenstr. 30**  
**73760 Ostfildern**

 per Briefpost

per Fax: 0711 633 460 95

per E-Mail: [apotheke@apo-in.de](mailto:apotheke@apo-in.de)