MEDIZINISCHE HAUTPFLEGE

Bericht über Unverträglichkeitsreaktionen oder Qualitätsmängel

Meldung Nr. _____

an Dermaportal dp GmbH | benevi medizinische Hautpflege,
Koppenplatz 10, 10115 Berlin
Tel + 49 (0) 3092107136-0 , Fax +49 (0) 3092107136-1, E-Mail info@benevi.de

Verbraucher/in

Name (Initialen)

Geschlecht m ☐ w ☐

Geburtsdatum

Beobachtete Unverträglichkeitsreaktion

1. Anwendung ja ☐ nein ☐

Aufgetreten am Dauer

Produkt (bei Qualitätsmangel entfallen die Angaben zur Anwendung)

Bezeichnung	Charge	Dauer der Anwendung von	bis	Indikation/Hautbild
1				
2				

Besteht eine Allergie?

Arzt/Hautarzt kontaktiert
Maßnahmen (z.B. Allergietest)

Behandelnder Arzt
Name
Ort

Relevante Erkrankungen?

Parallele Verwendung anderer Produkte?
Wenn ja, welche:

Beobachteter Qualitätsmangel

(z.B. Verpackungsfehler, mechanischer Defekt, Verfärbung, etc.)

Apotheke/Verbraucher Datum