

Datum \_\_\_\_\_

**PRODUCT-OMSCHRIJVING:** \_\_\_\_\_

RVG nummer \_\_\_\_\_

Charge nummer \_\_\_\_\_ Exp. date \_\_\_\_\_

Artikel nummer \_\_\_\_\_

**KLACHT-OMSCHRIJVING (BESCHRIJF DE KLACHT ZO VOLLEDIG MOGELIJK):**Heeft deze klacht geleid tot een nadelig effect op de gezondheid van de patiënt?  JA /  NEE

---

---

---

---

**GEGEVENS MELDER**

Naam organisatie/instelling \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode / Plaats \_\_\_\_\_

Telefoon nummer \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

Om uw klacht goed te kunnen onderzoeken verzoeken wij u om altijd het klachtenmonster op te sturen.

Aantal verstuurde monsters \_\_\_\_\_

**Door hier te klikken kunt u het formulier nu printen**DIT FORMULIER KUNT U NA ALLES VOLLEDIG TE HEBBEN INGEVULD SAMEN MET DE KLACHTENMONSTER(S) GRATIS OPSTUREN NAAR:  
**Teva Nederland B.V., t.a.v. Afd. Quality Assurance, Antwoordnummer 128, 2000 VC, Haarlem****KLACHT GEMELD DOOR BUITENDIENST****JA / NEE***(in te vullen door medewerker Teva Nederland)*

Naam medewerker \_\_\_\_\_

Tel.nr / e-mail \_\_\_\_\_

DIT VOLLEDIG INGEVULDE FORMULIER SAMEN MET KLACHTENMONSTER(S) OVERHANDIGEN/OPSTUREN AAN:  
Afdeling Quality Assurance, Busweg 1, Teva Nederland B.V.**INVOER TRACK WISE****BRS/Supplier:***(in te vullen door Quality Assurance Teva Nederland)*

Naam: \_\_\_\_\_

TW/PR nummer (Parent) \_\_\_\_\_ TW/PR nummer (child) \_\_\_\_\_

Invoer datum: \_\_\_\_\_

Medische klacht  JA /  NEE TW/PR nummer: \_\_\_\_\_

Datum gemeld aan medische afdeling \_\_\_\_\_