

Datum melding:
Referentienummer:

Product Reactie Formulier

Om U zo goed mogelijk te kunnen helpen verzoeken wij u het formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Gegevens consument

1. Naam: _____
2. Voornaam: _____
3. Adres: _____
4. Postcode: _____
5. Plaats: _____
6. Telefoonnummer: _____
7. E-mail: _____
8. Geboortedatum: _____ (dd/mm/jj)
9. Geslacht: M / V

Product

10. Productnaam: _____
11. Merk: _____
12. Batchnummer: _____
13. EANnummer: _____
14. Datum aankoop: _____
15. Prijs: _____
16. Bewijs van aankoop: Ja/Nee
17. Product komt retour: Ja/Nee
18. Naam verkoper: _____

Gebruik

19. Toepassing van het product door de consument: _____

20. Gebruiksduur product: 1e keer / ... dagen / ... weken / ... maanden / ... jaren
21. Frequentie van gebruik: 1x per dag / om de dag / anders, namelijk: _____
22. Andere producten toegepast: Ja/Nee, zo ja welke: _____

Technisch probleem

23. Aard van het defect:
 Defecte verpakking Anders, namelijk: _____
 Bederf _____
 Spray/pomp werkt niet _____

Indien de klacht alleen van technische aard is ga naar vraag 36

Ontevredenheid met product

24. Reden van de ontevredenheid:
 Ongeschikt voor huidtype
 Voldoet niet aan verwachting, omdat: _____
 Anders, namelijk: _____

Indien de klacht alleen ontevredenheid met het product betreft ga naar vraag 36

Reactie op product

25. Beschrijving van symptomen in de woorden van de consument: _____

26. Symptomen:
Jeukend Pijnlijk Rood Vlekjes
Stekend Zeurend Gezwollen Bultjes
Branderig Schilferende huid Droge huid z.o.z.

Anders, namelijk: _____

27. Waar is het ongewenste effect is opgetreden:

Hoofdhuid	<input type="checkbox"/>	Bovenlichaam	<input type="checkbox"/>	Handen	<input type="checkbox"/>
Gezicht	<input type="checkbox"/>	Armen	<input type="checkbox"/>	Benen	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	Oksel	<input type="checkbox"/>	Ogen	<input type="checkbox"/>

Anders, namelijk: _____

28. Datum van eerste optreden ongewenst effect: _____

29. Tijd tussen gebruik van het product en begin van het ongewenst effect: _____

30. Duur van het ongewenste effect: _____

31. Is het product na optreden van de klacht nog een keer gebruikt: Ja/Nee

Was er toen sprake van dezelfde reactie: Ja/Nee

Medische achtergrond

32. Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen

33. Gebruikt u medicijnen: Ja/Nee, zo ja welke: _____

Behandeling

34. Huisarts/Specialist geraadpleegd: Ja/Nee, zo ja:

- a. Naam arts: _____
- b. Naam praktijk/ziekenhuis: _____
- c. Plaats: _____

35. Mag er contact worden opgenomen met de arts en/of specialist: Ja/Nee

36. Behandeling van de klacht door consument en/of arts (indien toegepast ook resultaat vermelden): _____

36. In te vullen door degene die de melding in ontvangst neemt

Naam:

Bedrijf:

Telefoon:

Afhandeling van de klacht: _____

