

Reklamations-Meldebogen

Angaben zur meldenden Einrichtung

Einrichtung: _____ Straße: _____ Ort: _____ Tel.: _____ Fax: _____ Ansprechpartner für Rückfragen: _____	Bearbeitungsnummer (wird vom Stufenplan beauftragten vergeben)
--	--

Betrifft: Blutprodukt / Leistung (ggf. Liste beifügen)

Konservenummer (Barcode falls möglich)	Verfallsdatum
Erythrozytenkonzentrat: <input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat: <input type="checkbox"/> GFP: <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	Gewaschen <input type="checkbox"/> Bestrahlt <input type="checkbox"/> portioniert <input type="checkbox"/>

Grund der Reklamation (b. B. formlose Beschreibung anfügen)

<input type="checkbox"/> Beutel defekt <input type="checkbox"/> Gerinnsel <input type="checkbox"/> Lipämisch	<input type="checkbox"/> Hämolyse <input type="checkbox"/> EK-Inhalt <input type="checkbox"/> Segmente	<input type="checkbox"/> DCT positiv <input type="checkbox"/> Kreuzprobe positiv <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
--	--	--

Wann / Wo wurde der Defekt / die Abweichung bemerkt:

<input type="checkbox"/> Bei der Anlieferung <input type="checkbox"/> Bei der Lagerung <input type="checkbox"/> Beim Auftauen	<input type="checkbox"/> Bei der Transfusion <input type="checkbox"/> Teilweise transfundiert <input type="checkbox"/> transfundiert	<input type="checkbox"/> Im Labor <input type="checkbox"/> Sonstiges
---	--	---

Präparate (evtl. mit Transfusionsbesteck) entsprechend lagern und umgehend zusammen mit dem ausgefüllten Reklamations-Meldebogen an das Blutspendeinstitut zurückgeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Vom Blutspendeinstitut auszufüllen

Meldung und Präparat eingegangen im Institut:	<input type="checkbox"/> Neubrandenburg <input type="checkbox"/> Stralsund	<input type="checkbox"/> Rostock <input type="checkbox"/> Schwerin
Datum: _____	Unterschrift: _____	
Kenntnisnahme der Meldung durch Stufenplanbeauftragten: Datum _____ Unterschrift: _____		

Reklamations-Beurteilung:

Gutschrift erfolgt:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Nein
Datum: _____	Unterschrift Stufenplanbeauftragter: _____	

Reklamations-Ergebnisbericht

Begutachtung
Am: _____ Durch: _____
Ergebnis der Begutachtung: _____

Entscheidung des LH / LQK / SP:
Die Reklamation wird <input type="checkbox"/> anerkannt <input type="checkbox"/> Nicht anerkannt
Das Produkt wurde in der EDV zurückgenommen und die Entsorgung vorgenommen:
<input type="checkbox"/> Ja Präparat Rücknahme am (EDV): _____ Lieferschein-Nr.: _____
<input type="checkbox"/> Nein
Es erfolgt eine Gutschrift : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verwaltung informiert am _____
Mitteilung an den Kunden erfolgte am : _____
Unterschrift LH/LQK: _____
Unterschrift Sachkundige Person: _____
Reklamationsmeldung an STB übergeben am: _____

Sonstige Vermerke zur Bearbeitung: