



## Produktreklamation

An: **BZD Gesellschaft für Transfusionsmedizin mbH (GfT)**  
**Königstr. 63**  
**47051 Duisburg**

Tel: 0203-30095-11

Fax: 0203-30095-55

E-Mail: [verkauf@bzd.de](mailto:verkauf@bzd.de)

### Produktart:

- leukozytendepletiertes **Erythrozytenkonzentrat BZD**  
 leukozytendepletiertes **Erythrozytenkonzentrat BZD, bestrahlt**  
 leukozytendepletiertes **Thrombozyt - Apheresekonzentrat BZD**  
 leukozytendepletiertes **Thrombozyt - Apheresekonzentrat BZD, bestrahlt**  
 leukozytendepletiertes **GFP BZD**

Sonstiges:

Konserven-Nr.:

(oder Serviceetikett aufkleben)

### Reklamationsgrund:

- Koagel  Beutel defekt  
 lipämisch  hämolytisch  Plasmaverfärbung  
 direkter Coombstest (DAT) positiv

Sonstiges:

Beim Kunden entsorgt

Rücksendung am

mit  BZD Fahrdienst

Sonstige:

Ort/Datum/Stempel

Unterschrift/Name in Druckbuchstaben

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

### von GfT intern auszufüllen

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rh-Formel: \_\_\_\_\_

Auftrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Lieferdatum: \_\_\_\_\_ Kunden-Nr.: \_\_\_\_\_

### Eingang der Reklamation

Uhrzeit

Datum/Unterschrift Mitarbeiter Expedition

### Beanstandungsbewertung durch den Stufenplanbeauftragten:

- s. Anlage  Laboruntersuchungen bei Kunden, Befund beiliegend  
 Laboruntersuchung erforderlich; Weitergabe ans Labor am \_\_\_\_\_  Befund folgt  
 Hinweis auf nicht konforme Lagerung/fehlerhaftes Handling beim Kunden  
 Qualitätsbeanstandung der Produkte/interne Untersuchung wird eingeleitet  
 Weiterleitung an LQK/ Sachkundige Person (am \_\_\_\_\_)  
 keine
- Ersatzlieferung: JA mit Lieferschein - Nr.: \_\_\_\_\_)  Ersatzlieferung: NEIN

Datum/Unterschrift Stufenplanbeauftragter

BZD.04-ND.10-001.10