

NAMN PÅ DOKUMENT - BLANKETT Reklamation / Retur	VERSION 4.0
UPPRÄTTAD AV Viktoria Ekström, Läkemedelsansvarig farmaceut, 2025-01-07	SIDA Sida 1 (1)
TILLHÖRANDE INSTRUKTION Hantering av returer från kund [Kalmar] (I-0539)	

Fyll i formuläret och lägg i returbacken med varan/varorna.

Kunduppgifter

Avdelning/ mottagning:	
Medovia Kundnr:	Sjukhus:
Telefon:	Mail:
Ordernummer:	Orderdatum:

Orsak till reklamation eller retur:

--

Retur av:

Varunummer:	Produktnamn, styrka och beredningsform:	Förp.storlek:
Batchnummer:	Utgångsdatum:	Antal förpackningar:

Läkemedlet har förvarats enligt korrekta förvaringsbetingelser ☐ Ja ☐ Nej
Ska styrkas med kopia av protokoll för temperaturkontroll från läkemedelsrum

Namn ansvarig sjuksköterska/motsvarande:	Datum och namnteckning:

Ifylles av Medovia:

Mottaget, datum och signum farmaceut:	Hanterat, datum och signum farmaceut:

Ifylld blankett mailas till apokalmar@medovia.se , faxas till Medovia: 0480 - 101 82