



<b>Beschwerdedatum:</b>	Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.	
	Uhrzeit:	
<b>Wer beschwert sich?</b>	Name:	
	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Tel.:	
	E-Mail:	
<b>Worüber beschwert sich der Verbraucher?</b>	<input type="checkbox"/> Betrieb / Unternehmen	
	Betrieb:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	<input type="checkbox"/> Produkt (Lebensmittel / Bedarfsgegenstand / Kosmetik / Tabak etc.)	
	Bezeichnung:	
	MHD:	
	Los:	
	Hersteller:	
	Kaufdatum:	
<b>Weshalb beschwert sich der Verbraucher?</b>	<b>Beschwerdegrund</b>	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Abweichender Geruch und/oder Geschmack <input type="checkbox"/> Abweichende Beschaffenheit <input type="checkbox"/> Hygiene/Schädlingsbefall <input type="checkbox"/> Sonstiges:  Beschreibung:	
<b>Wann wurde der Mangel festgestellt?</b>	Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.	
<b>Sind gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?</b>	Bei Ihnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sind weitere Personen erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Beschreibung:	
	Zeitspanne zw. Verzehr u. Auftreten d. Beschwerden:	
	Arztbesuch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wie wurde das Produkt transportiert und gelagert?</b>	Kühl- / Tiefkühlkette eingehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sind noch Reste vorhanden?</b>	Lagerung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



<b>Was wurde vom Verbraucher veranlasst?</b>	<input type="checkbox"/> Information an den Betrieb; Name und Funktion des Mitarbeiters: <input type="checkbox"/> sonstiges:	
<b>Mit dem Verbraucher getroffene Vereinbarungen:</b>		
<b>Sonstiges (z. B. Kaufnachweis, mögliche Zeugen, Name und Anschrift des Arztes):</b>		
<b>Beschwerde angenommen von:</b>	Name	
<b>Beschwerde bearbeitet von:</b>	Name	Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. Datum