



| | | |
|--|--|--|
| Beschwerdedatum: | Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | |
| | Uhrzeit: | |
| Wer beschwert sich? | Name: | |
| | Straße: | |
| | PLZ, Ort: | |
| | Tel.: | |
| | E-Mail: | |
| Worüber beschwert sich der Verbraucher? | <input type="checkbox"/> Betrieb / Unternehmen | |
| | Betrieb: | |
| | Straße: | |
| | PLZ/Ort: | |
| | <input type="checkbox"/> Produkt (Lebensmittel / Bedarfsgegenstand / Kosmetik / Tabak etc.) | |
| | Bezeichnung: | |
| | MHD: | |
| | Los: | |
| | Hersteller: | |
| | Kaufdatum: | |
| Weshalb beschwert sich der Verbraucher? | Beschwerdegrund | |
| | <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: | |
| Wann wurde der Mangel festgestellt? | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | |
| Sind gesundheitliche Beschwerden aufgetreten? | 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 |
| Wie wurde das Produkt transportiert und gelagert? | Kühl- / Tiefkühlkette eingehalten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind noch Reste vorhanden? | Lagerung: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |



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