

## Reactie/Klacht Formulier

Om U zo goed mogelijk te kunnen helpen verzoeken wij u het formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

### Gegevens consument

1. Naam: \_\_\_\_\_
2. Voornaam: \_\_\_\_\_
3. Adres: \_\_\_\_\_
4. Postcode: \_\_\_\_\_
5. Plaats: \_\_\_\_\_
6. Telefoonnummer: \_\_\_\_\_
7. E-mail: \_\_\_\_\_
8. Geboortedatum: \_\_\_\_\_ (dd/mm/jj)
9. Geslacht: M / V

### Product

10. Productnaam: \_\_\_\_\_
11. Merk: \_\_\_\_\_
12. Batchnummer: \_\_\_\_\_
13. EANnummer: \_\_\_\_\_
14. Datum aankoop: \_\_\_\_\_
15. Prijs: \_\_\_\_\_
16. Bewijs van aankoop: Ja/Nee
17. Product komt retour: Ja/Nee

### Gebruik

19. Toepassing van het product door de consument: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. Gebruiksduur product: 1e keer / ... dagen / ... weken / ... maanden / ... jaren
21. Frequentie van gebruik: 1x per dag / om de dag / anders, namelijk: \_\_\_\_\_
22. Andere producten toegepast: Ja/Nee, zo ja welke: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Technisch probleem

23. Aard van het defect:
- Defecte verpakking                      Anders, namelijk: \_\_\_\_\_
- Bederf    \_\_\_\_\_
- Spray/pomp werkt niet                      \_\_\_\_\_

Indien de klacht alleen van technische aard is ga naar vraag 36

### Ontevredenheid met product

24. Reden van de ontevredenheid:
- Ongeschikt voor huidtype
- Voldoet niet aan verwachting, omdat: \_\_\_\_\_
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

Indien de klacht alleen ontevredenheid met het product betreft ga naar vraag 36

### Reactie op product

25. Beschrijving van symptomen in je eigen woorden : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Symptomen:

- |           |                          |                   |                          |            |                          |         |                          |
|-----------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Jeukend   | <input type="checkbox"/> | Pijnlijk          | <input type="checkbox"/> | Rood       | <input type="checkbox"/> | Vlekjes | <input type="checkbox"/> |
| Stekend   | <input type="checkbox"/> | Zeurend           | <input type="checkbox"/> | Gezwellen  | <input type="checkbox"/> | Bultjes | <input type="checkbox"/> |
| Branderig | <input type="checkbox"/> | Schilferende huid | <input type="checkbox"/> | Droge huid | <input type="checkbox"/> | z.o.z.  |                          |

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

27. Waar is het ongewenste effect is opgetreden:

Hoofdhuid	<input type="checkbox"/>	Bovenlichaam	<input type="checkbox"/>	Handen	<input type="checkbox"/>
Gezicht	<input type="checkbox"/>	Armen	<input type="checkbox"/>	Benen	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	Oksel	<input type="checkbox"/>	Ogen	<input type="checkbox"/>

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

28. Datum van eerste optreden ongewenst effect: \_\_\_\_\_

29. Tijd tussen gebruik van het product en begin van het ongewenst effect: \_\_\_\_\_

30. Duur van het ongewenste effect: \_\_\_\_\_

31. Is het product na optreden van de klacht nog een keer gebruikt: Ja/Nee

Was er toen sprake van dezelfde reactie: Ja/Nee

### Medische achtergrond

32. Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33. Gebruikt u medicijnen: Ja/Nee, zo ja welke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Behandeling

34. Huisarts/Specialist geraadpleegd: Ja/Nee, zo ja:

- Naam arts: \_\_\_\_\_
- Naam praktijk/ziekenhuis: \_\_\_\_\_
- Plaats: \_\_\_\_\_

35. Mag er contact worden opgenomen met de arts en/of specialist: Ja/Nee

36. Behandeling van de klacht door consument en/of arts (indien toegepast ook resultaat vermelden): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_