

Angaben bei Produktunverträglichkeit

1. Welches Produkt wird gemeldet? Welche Packungsgröße? Welche Charge/MHD?	
2. Wann wurde das Produkt angebrochen?	
3. Wie lange und wie oft am Tag haben Sie das Produkt verwendet?	
4. Welche Symptome stellten Sie fest? Nach wie vielen Anwendungen traten die Symptome auf? Traten sie sofort nach dem Anwenden auf? Falls nicht, in welchem Zeitabstand?	ja nein
5. An welchen Körperpartien traten die Symptome auf?	
6. Wie lange dauerten die Symptome an?	
7. Wurden sonstige Nahrungsergänzungen oder Arzneimittel eingenommen? Wenn ja, welche?	ja nein
8. Wurde aufgrund der Symptome ein Arzt aufgesucht? Wenn ja, welche Diagnose stellte der Arzt? Welche Behandlung erfolgte?	ja nein
9. Sind bei Ihnen bereits Unverträglichkeiten bekannt (z. B. gegen Konservierungsstoffe, Lactose, Gluten)? Wenn ja, gegen welche Stoffe?	ja nein

Bitte vervollständigen Sie nachfolgend Ihre Angaben. Alle Daten behandeln wir streng vertraulich und geben sie selbstverständlich nicht an Dritte weiter.

Angaben zur Person, bei der die Reaktion auftrat:	männlich weiblich
	Alter:
Raum für Fragen und Anmerkungen	

Datum

Unterschrift

Angaben bei Produktunverträglichkeit

1. Welches Produkt wird gemeldet? Welche Charge/MHD?	
2. Wann wurde das Produkt angebrochen?	
3. Wie lange und wie oft am Tag haben Sie das Produkt verwendet?	
4. Welche Symptome stellten Sie fest? Nach wie vielen Anwendungen traten die Symptome auf? Traten sie sofort nach dem Anwenden auf? Falls nicht, in welchem Zeitabstand?	ja nein
5. Wurde das Produkt im Gesicht oder am Körper aufgetragen? Trat die Reaktion an der Anwendungsstelle oder an anderen Körperpartien auf?	
6. Wie lange dauerten die Symptome an?	
7. Wurden weitere Kosmetikprodukte angewendet? Wenn ja, welche?	ja nein
8. Nehmen Sie Medikamente/Nahrungsergänzungen ein? Wenn ja, welche?	ja nein
9. Wurde aufgrund der Symptome ein Arzt aufgesucht? Wenn ja, welche Diagnose stellte der Arzt? Welche Behandlung erfolgte?	ja nein
10. Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten bekannt (z. B. gegen Duftstoffe, Konservierungsstoffe, Lactose, Gluten)? Wenn ja, gegen welche Stoffe?	ja nein

Bitte vervollständigen Sie nachfolgend Ihre Angaben. Alle Daten behandeln wir streng vertraulich und geben sie selbstverständlich nicht an Dritte weiter.

Angaben zur Person, bei der die Reaktion auftrat:	männlich weiblich
	Alter:
Raum für Fragen und Anmerkungen	

_____ Datum

_____ Unterschrift