

Questionario

per i reclami dei clienti dovuti a reazioni di intolleranza

dopo aver utilizzato i prodotti cosmetici di Depesche Vertrieb GmbH & Co.KG

1. Segnalatore

Nome e cognome: _____

Indirizzo: _____

Numero di telefono: _____

2. Persona interessata

Nome e cognome: _____

Indirizzo: _____

Età: _____

Sesso: _____

Numero di telefono: _____

3. Quale prodotto cosmetico è stato utilizzato?

Denominazione: _____

Numero di articolo: _____

Codice a barre: _____

Numero di lotto: _____

4. Quale parte del corpo è interessata?

5. Quale reazione si è ?

Descrizione precisa dei sintomi, se possibile aggiungere un'immagine:



6. Qual è stato l'andamento della reazione di intolleranza?

Insorgenza dei sintomi: _____

Quanto sono _____

7. Come è stato il prodotto?

8. Il prodotto è stato ben tollerato in passato?

Si prega di spuntare la casella:

- Sì
 No
 È stato utilizzato per la prima volta

9. Se no:

Che tipo di intolleranza si è verificata in passato?

10. È consultato un medico?

Si prega di spuntare la casella:

- Sì
 No

11. Se sì:

Quale trattamento stato ricevuto?

12. Il prodotto è riutilizzato da allora?

Si prega di spuntare la casella:

- Sì
 No

13. Ci sono intolleranze o allergie generali?

Sì, in particolare:

No

DEPESCHE

— *Germany* —

Note sulla protezione dei dati:

Con la vostra firma, acconsentite alla conservazione e all'elaborazione dei vostri dati per il tempo necessario a chiarire la reazione di intolleranza. Inoltre, ci atteniamo a tutti i requisiti legali del regolamento sulla protezione dei dati.

Luogo, data: _____

Firma: _____