

KANEBO

Ihre Rückmeldung ist für uns sehr wichtig. Wir bedanken uns, wenn Sie diese Fragen für unser Qualitätsmanagement beantworten.

Produktname (ggf. Farbnummer) Chargennummer
Datum des Kaufs
Anwendung <input type="checkbox"/> Erstmalige Verwendung <input type="checkbox"/> Wurde bereits verwendet – wie lange?

Produkt-Reklamation
Zeitraum der Verwendung: von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt
Bitte schreiben Sie den genauen Grund Ihrer Reklamation. Ist das Problem gleich am Anfang aufgetreten? Wie und wie oft wurde das Produkt angewendet? Wo wurde das Produkt gelagert?

Hautreaktion / Allergie			
Datum der Verwendung und der Hautreaktion	Erste Verwendung: _____	Letzte Verwendung: _____	<input type="checkbox"/> Unbekannt
	Zeitpunkt der ersten Hautreaktion: <input type="checkbox"/> Bei der 1. Verwendung <input type="checkbox"/> Nach () Tagen /Wochen der Verwendung		<input type="checkbox"/> Unbekannt
Symptome	Beschreiben Sie bitte genauere Details. Wo genau haben Sie welche Hautreaktionen? Wie lange hielten die Symptome an? <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Ausschlag <input type="checkbox"/> Jucken <input type="checkbox"/> Rauheit <input type="checkbox"/> Brennen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Entzündung <input type="checkbox"/> Schwellung <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl <input type="checkbox"/> Pickel <input type="checkbox"/> Pusteln <input type="checkbox"/> Bläschen <input type="checkbox"/> Schorf <input type="checkbox"/> Schuppen <input type="checkbox"/> Hitzegefühl <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Pigmentierung <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Zeitpunkt des Abklingens der Hautreaktion	Zeitpunkt der Hautbild-Verbesserung: <input type="checkbox"/> Direkt nach Absetzen des Produktes <input type="checkbox"/> Nach () Tagen /Wochen <input type="checkbox"/> Symptome sind fast vollständig abgeklungen <input type="checkbox"/> Es sind noch Symptome vorhanden		<input type="checkbox"/> Unbekannt
Hauttyp	<input type="checkbox"/> Sensibel <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Trocken <input type="checkbox"/> Misch <input type="checkbox"/> Ölig <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> Pigmentfl./Sommersprossen		<input type="checkbox"/> Unbekannt
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – welche Allergien?		<input type="checkbox"/> Unbekannt
Medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Name des Arztes: Diagnose & Behandlung: Wünschen Sie eine ärztliche Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Unbekannt
Wurden andere Produkte zusätzlich verwendet?	Marken- und Produktname: <input type="checkbox"/> Keine weiteren Produkte in Kombination verwendet		<input type="checkbox"/> Unbekannt

Produktrückgabe <input type="checkbox"/> Kostenerstattung <input type="checkbox"/> Umtausch <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Bitte fügen Sie dieses Formular dem reklamierte Produkt bei!	Datum: _____
	Unterschrift: _____