

Questionnaire

sur les réclamations des clients concernant des réactions d'intolérance
après utilisation de produits cosmétiques de Depesche Vertrieb GmbH & Co.KG

1. Personne signalante

Prénom & nom de famille : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

2. Personne concernée

Prénom & nom de famille : _____

Adresse : _____

Âge : _____

Sexe : _____

Numéro de téléphone : _____

3. Quel produit cosmétique a été utilisé ?

Désignation : _____

Numéro d'article : _____


Code-barres : _____

Numéro de lot : _____

Quelle partie du corps est touchée ?

4. Quelle réaction s'est produite ?

5. Description précise des symptômes, si possible ajouter une photo :



6. Quelle a été l'évolution de la réaction d'intolérance ?

Début des symptômes : _____

Combien de temps ont-ils duré ? _____

7. Comment le produit a-t-il été utilisé ?

8. Le produit a-t-il été bien toléré dans le passé ?

Veillez cocher la case correspondante :

- Oui
 Non
 Il a été utilisé pour la première fois

9. Si non

Quel type d'intolérance s'est produit dans le passé ?

10. Un médecin a-t-il été consulté ?

Veillez cocher la case correspondante :

- Oui
 Non

11. Si oui

Quel traitement a été reçu ?

12. Le produit a-t-il été réutilisé depuis ?

Veillez cocher la case correspondante :

- Oui
 Non

13. Existe-t-il des intolérances ou des allergies en général ?

- Oui, à savoir

- Non

DEPESCHE

— *Germany* —

Remarques sur la protection des données :

Par votre signature, vous acceptez que nous conservions et traitions vos données aussi longtemps que nécessaire pour clarifier la réaction d'intolérance. En outre, nous respectons toutes les dispositions légales du règlement sur la protection des données.

Lieu, date : _____

Signature : _____

—