

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Einsendende Behörde:                                                                                                                                |                                                                                                                 |                                                                              |
| Protokoll zur Verbraucherbeschwerde                                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                                              |
| Proben-Nr.:                                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung auf Genußtauglichkeit/Verzehrsfähigkeit<br><input type="checkbox"/> Untersuchung auf Gesundheitsschädlichkeit |                                                                                                                 |                                                                              |
| Abgabe der Beschwerdeprobe:                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                              |
| Ort:                                                                                                                                                |                                                                                                                 |                                                                              |
| Datum:                                                                                                                                              | Uhrzeit:                                                                                                        |                                                                              |
| Beschwerdeführer(in):                                                                                                                               |                                                                                                                 |                                                                              |
| Verkehrsbezeichnung:                                                                                                                                |                                                                                                                 |                                                                              |
| Beschwerdeprobe gekauft von:                                                                                                                        |                                                                                                                 |                                                                              |
| Einkauf bei:                                                                                                                                        |                                                                                                                 |                                                                              |
| Menge:                                                                                                                                              | Datum:                                                                                                          | Uhrzeit:                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Selbstbedienung<br><input type="checkbox"/> Bedienung                                                                      | <input type="checkbox"/> nicht gekühlt<br><input type="checkbox"/> gekühlt<br><input type="checkbox"/> gefroren |                                                                              |
| Übergabe der Probe:                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> lose                                                                                   | <input type="checkbox"/> Originalverpackung <input type="checkbox"/> Anbruch |
| Überschreibung der Mängel:                                                                                                                          |                                                                                                                 |                                                                              |
| Feststellung der Mängel:                                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                              |
| Datum:                                                                                                                                              | Uhrzeit:                                                                                                        |                                                                              |
| Mängel erkannt:                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> nach äußerem Eindruck                                                                                                      | <input type="checkbox"/> nach Öffnen                                                                            | <input type="checkbox"/> durch Probieren                                     |

**2125**

|                                                                                                                                                                                                                                             |          |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|
| Gesundheitliche Beschwerden sind aufgetreten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                     |          |        |
| Art der Beschwerden:                                                                                                                                                                                                                        |          |        |
| Probe verzehrt am:                                                                                                                                                                                                                          | Uhrzeit: | Menge: |
| Beschwerden aufgetreten am:                                                                                                                                                                                                                 | Uhrzeit: |        |
| Arztbesuch: <input type="checkbox"/> nein D ja, am:                                                                                                                                                                                         |          |        |
| Name und Anschrift des Arztes:                                                                                                                                                                                                              |          |        |
| Andere verzehrte Lebensmittel:<br>(der letzten 24 h)                                                                                                                                                                                        |          |        |
| Was geschah mit der Probe vom Kauf bis zur Beschwerde (Transport und Lagerung)?<br>a) bis zum Verzehr:<br>b). nach dem Verzehr:                                                                                                             |          |        |
| Reklamation: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. mit welchem Erfolg:                                                                                                                                                 |          |        |
| Nachweis für den Kauf:                                                                                                                                                                                                                      |          |        |
| Nachprobe/Verfolgsprobe wurde/wird entnommen: D ja D nein                                                                                                                                                                                   |          |        |
| Sonstige Angaben:                                                                                                                                                                                                                           |          |        |
| Haben Sie Zeugen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Zeuge(n):                                                                                                                                                    |          |        |
| Können Sie Ihre Aussage beeiden? G ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                         |          |        |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div> <p>.....</p> <p>(Unterschrift <b>Beschwerdeführer/in</b>)</p> </div> <div> <p>.....</p> <p>(Unterschrift <b>Protokollnehmer/in</b>)</p> </div> </div> |          |        |