

# Melding om uønskt verknad (ubehag, helseplage eller -skade) etter bruk av kosmetikk, kroppspleieprodukt eller toalettartiklar

Har du opplevd å hovne opp, få utslett, sår eller liknande etter bruk av kosmetikk, kroppspleieprodukt eller toalettartiklar? Då er det viktig at du:

1. Tek vare på produktet og emballasjen
2. Dokumenterer skaden (kontaktar lege, tek bilete o.l.)
3. Klagar til forhandlaren eller produsenten/importøren
4. Melder frå til Mattilsynet, som er tilsynsorgan

## Kopi til Forbrukarrådet

Forbrukarrådet arbeider for at styresmaktene skal prioritere dette området høgare, og at dei som opplev uønskete verknader, skal få betre rettar til erstatning. Det er derfor viktig at vi veit mest mogleg om dei helseplagene og -skadane folk får ved bruk av kosmetikk, kroppspleieprodukt eller toalettartiklar. Send derfor gjerne ein kopi av dette skjemaet til Forbrukarrådet.

### Send skjemaet til:

Mattilsynet  
Nasjonalt senter for dyr  
og animalsk mat  
Regionkontoret for  
Rogaland og Agder  
Felles postmottak, Pb. 383,  
2381 Brumunddal

### Send også gjerne ein kopi til:

Forbrukarrådet  
Pb. 4594 Nydalen  
0404 Oslo

1.	Namn: <input type="text"/>
	Adresse: <input type="text"/>
	Telefon: <input type="text"/>
2.	Kven gjeld dette? Meg sjølv: <input type="checkbox"/> Barnet mitt: <input type="checkbox"/>
3.	Alder: Mann (gut) <input type="checkbox"/> Kvinne (jente) <input type="checkbox"/>
4.	Stad for hendinga Heime <input type="checkbox"/> Hudpleiesalong <input type="checkbox"/> Frisør <input type="checkbox"/> Anna <input type="checkbox"/>
5.	Produkt <input type="text"/>
	Produsent/importør <input type="text"/>
6.	Kjøpt Stad: <input type="text"/> Dato/år: <input type="text"/>
7.	Brukt Dato/år: <input type="text"/>
8.	Inneheldt produktet ei bruksrettleiing? Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>
	Følgde du bruksrettleiinga? Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>

9.	Eventuelt, kvifor følgde du ikkje bruksretteinga?	
10.	Kva opplevde du? Gi ei skildring av uønskt verknad, ubehag eller skade (skriv eventuelt meir i punkt 14 – Utfyllande kommentar)	Kva: Kvar på kroppen: Kor lenge:
11.	Har du gått til lege på grunn av dette?  Har du klaga til butikk, salong, produsent eller importør?	Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Viss ja – når? (dato/år) <input type="text"/>  Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Evt. til kven? <input type="text"/>
12.	Har du nokon form for diagnostisert hudliding? (Dvs. at ein lege har stilt ein diagnose på at du har ein kronisk sjukdom / ei kronisk liding)	Viss ja – kva type? Ja: <input type="checkbox"/> Psoriasis: <input type="checkbox"/> Eksem: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Anna: <input type="checkbox"/> Spesifiser: <input type="text"/>
13.	Har du fått diagnostisert astma?  Har du fått diagnostisert allergi?	Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>  Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>
14.	Utfyllande kommentar	