

Melding om uønsket bivirkning (ubehag, helseplage eller -skade) etter bruk av kosmetikk, kroppspfleieprodukter eller toalettartikler

Har du opplevd hevelser, utslett, sår eller lignende etter bruk av kosmetikk, kroppspfleieprodukter eller toalettartikler? Da er det viktig at du:

1. Sparer på produktet og emballasjen
2. Dokumenterer skaden (oppsøker lege, tar bilder o.l)
3. Klager til forhandler eller produsent/importør
4. Melder fra til Mattilsynet, som er tilsynsorgan

Kopi til Forbrukerrådet

Forbrukerrådet arbeider for at myndighetene skal prioritere dette området høyere og at de som opplever bivirkninger skal få bedre rettigheter til erstatning. Det er derfor viktig at vi vet mest mulig om de helseplagene og -skadene folk får ved bruk av kosmetikk, kroppspfleieprodukter eller toalettartikler. Send derfor gjerne en kopi av dette skjemaet til Forbrukerrådet.

Skjema sendes til:

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

Send gjerne også kopi til:

Forbrukerrådet
Pb 4594 Nydalen
0404 Oslo

1.	Navn: <input type="text"/>	
	Adresse: <input type="text"/>	
	Telefon: <input type="text"/>	
2.	Hvem gjelder dette?	Meg selv: <input type="checkbox"/> Mitt barn: <input type="checkbox"/>
3.	Alder: <input type="text"/>	Mann (gutt) <input type="checkbox"/> Kvinne (jente) <input type="checkbox"/>
4.	Sted for hendelsen	Hjemme <input type="checkbox"/> Hudpleiesalong <input type="checkbox"/> Frisør <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>
5.	Produkt	<input type="text"/>
	Produsent/importør	<input type="text"/>
6.	Kjøpt	Sted: <input type="text"/> Dato/år: <input type="text"/>
7.	Brukt	Dato/år: <input type="text"/>
8.	Inneholdt produktet en bruksanvisning?	Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>
	Fulgte du bruksanvisningen?	Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>

9.	Eventuelt, hvorfor fulgte du ikke bruksanvisningen?		
10.	Hva opplevde du? Beskriv uønsket virkning, ubehag eller skade (skriv eventuelt mer i punkt 14 – Utfyllende kommentar)	Hva: Hvor på kroppen: Hvor lenge:	
11.	Har du gått til lege på grunn av dette? Har du klagd til butikk, salong, produsent eller importør	Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Hvis ja - når? (dato/år) <input type="text"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Evt. til hvem? <input type="text"/>	
12.	Har du noen form for diagnostisert hudlidelse? (Dvs. at en lege har stilt en diagnose på at du har en kronisk sykdom/lidelse)	Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>	Hvis ja – hvilken type? Psoriasis: <input type="checkbox"/> Eksem: <input type="checkbox"/> Annet: <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.	Utfyllende kommentar		