

Klage til Forbrukerrådet om uønskede virkninger, ubehag, skader eller lignende etter bruk av kosmetiske produkter eller toalettartikler

Dersom du har fått en alvorlig skade (allergi, reaksjon i øyne, på hud e.l.), må du ta kontakt med lege.

Videre bør du:

- Ta vare på produktemballasjen
- Ta bilde av synlige symptomer
- Sende klage til produsent/importør av produktet, eller
- klage til butikk/salong

Skjemaet sendes til:

Forbrukerrådet
Postboks 4594 Nydalen
0404 Oslo

NB!

Send også kopi av skjemaet til produsenten/importøren av produktet.
Se etter adresse på emballasjen

1.	Navn: <input type="text"/>	
	Adresse: <input type="text"/>	
	Telefon: <input type="text"/>	
2.	Hvem gjelder klagen?	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, dato):	<input type="text"/> <input type="text"/> dd / <input type="text"/> mm – 2004
7.	Brukt (dato):	<input type="text"/> dd / <input type="text"/> mm – 2004
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 bruksanvisning?	
10.	Hva opplevde du? Beskriv uønsket virkning, ubehag eller skade her: (Skriv eventuelt mer utfyllende på baksiden av skjemaet)	Hva: Hvor på kroppen: Hvor lenge:

11.	<p>Har du gått til lege på grunn av dette?</p> <p>Har du klagd til butikk, salong, produsent eller importør?</p>	<p>Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Hvis ja, når? <input type="text"/> dd / <input type="text"/> mm – 2004</p> <p>Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Evt. til hvem: <input type="text"/></p>
13.	<p>Har du noen form for diagnostisert hudlidelse?</p> <p>(Dvs. at en lege har stilt en diagnose på at du har en kronisk sykdom/lidelse)</p>	<p>Ja: <input type="checkbox"/></p> <p>Nei: <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, hvilken type?</p> <p>Psoriasis <input type="checkbox"/></p> <p>Eksem <input type="checkbox"/></p> <p>Annet <input type="checkbox"/></p> <p>Spesifiser: <input type="text"/></p>
14.	<p>Har du fått diagnostisert astma?</p> <p>Har du fått diagnostisert allergi?</p>	<p>Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/></p> <p>Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/></p>

15. Utfyllende kommentarer: