

DELTAMEDICA GmbH · Ernst-Wagner-Weg 1-5 · 72766 Reutlingen

DELTAMEDICA GmbH
Ernst-Wagner-Weg 1-5
72766 Reutlingen

Tel +49 (0) 71 21 – 99 21 15
Fax +49 (0) 71 21 – 99 21 31

info@deltamedica.de
www.deltamedica.de

03.03.2026

Betreff: Wichtige Information – Produktrückruf- Bitte sofort bearbeiten!

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit informieren wir Sie in Abstimmung mit der zuständigen Behörde über den sofortigen Produktrückruf, der in der kommenden Ausgabe der DAZ/PZ veröffentlicht wird:

Aqua ad iniectabilia DELTAMEDICA

20 x 50 ml Injektflasche, PZN 08770950, alle Chargen mit Verfall ab 03/2026

20 x 100 ml Injektflasche, PZN 08770967, alle Chargen mit Verfall ab 03/2026

20 x 100 ml Infusionslösung, PZN 14021508, alle Chargen mit Verfall ab 03/2026

Weitere Produkte sind nicht betroffen.

Begründung:

Im Rahmen interner Untersuchungen wurden bei einzelnen Chargen Abweichungen bei einem analytischen Parameter festgestellt. Nach aktuellem Kenntnisstand besteht kein gesundheitliches Risiko für Patienten.

Die betroffenen Produkte dürfen nicht mehr abgegeben werden.

Wir bitten um Überprüfung der Warenbestände,

Wir bitten gegebenenfalls um Vernichtung der Bestände. Die Gutschrift erfolgt nach Zusendung des Vernichtungsbeleges. Das Formular befindet sich in der Anlage zu diesem Schreiben. Alternativ kann es kann unter folgendem Link heruntergeladen werden: www.deltamedica.de/rueckruf.

Bitte bestätigen Sie den Empfang dieses Schreibens.

Bei Fragen zur Abwicklung steht Ihnen unser Kundenservice gern zur Verfügung:

Telefon: 0 71 21 / 99 21 - 15

Fax: 0 71 21 / 99 21 – 31

E-Mail: rueckruf@deltamedica.de

Wir bitten um Ihr Verständnis und bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

17

Michel Zimmermann
Betriebsleiter, ppa

CHARGENRÜCKRUF ANTWORT-FORMULAR

DELTAMEDICA
Ernst-Wagner-Weg 1-5
72766 Reutlingen
TEL-Nr.: 0 71 21 / 99 21 - 15
Fax-Nr.: 0 71 21 / 99 21 - 31
E-Mail: ruckruf@deltamedica.de

Produktrückruf Aqua ad iniectabilia DELTAMEDICA PZN: 08770950, 08770967, 14021508

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich den Erhalt der Information zum Produktrückruf.
Die Überprüfung unserer Bestände ergab folgendes Ergebnis:
Folgende Ware befindet sich noch bei uns im Lager:

Produkt	Charge	Menge
08770950		
08770967		
14021508		

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Charge in einer Anlage auflisten.

☐ **keine Bestände auf Lager**

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Funktion/Stempel

C0207b Kundenvernichtungsprotokoll

Lieferschein-Nr.

Rechnungs-Nr.

Kunden-Nr.

Kundenname

Straße/Hausnummer

PLZ/Stadt

VERNICHTETE WARE

PZN / Artikel-Nr.

Produktname

Chargen-Nr.

Seriennummer(n)
Ggf. zusätzliches Blatt benutzen

Menge

Vernichtungsgrund

Datum der Vernichtung

Hiermit bestätigen wir, dass wir die oben aufgeführte Ware, die mit Schäden angeliefert wurde, ordnungsgemäß vernichtet haben.
Ferner bestätigen wir, dass wir, sofern es sich um serialisierte Ware handelt, diese vor der Vernichtung nicht zur Abgabe ausgebucht haben.

Name

Datum/Unterschrift

Stempel

DELTAMEDICA INTERN

SERIALISIERTE WARE?

☐ Ja, bitte an QM weiterleiten☒ NeinFormular SN Abgang
ausgefüllt?☐ Ja ☐ Nein

Datum / Unterschrift (QM/RA)