

Berichtsbogen zur Meldung von Arzneimittelrisiken

Sollten während der Anwendung Ihrer/s Arzneimittel/s unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie in direkten Zusammenhang damit bringen oder sollten Sie einen Qualitätsmangel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen und eventuell das/die betreffende/n Arzneimittel an uns zurückzusenden.

Angaben zum Einsender der Meldung	
Name, Vorname:	_____
Straße, Haus-Nr.:	_____
Postleitzahl, Ort:	_____
Tel. / Fax:	_____
Email:	_____

Angabe zum Patienten	
Geschlecht:	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> div. <input type="checkbox"/> Alter: _____

Angaben zum Arzneimittel	
Name des Arzneimittels	_____
Darreichungsform	_____ (z.B. Tabletten, Saft, Creme, usw.)
Packungsgröße:	_____
Hersteller:	_____
Chargen-Bez.:	_____ Bezugsdatum: _____
Verwendbar bis:	_____ bezogen bei: _____

Beanstandung der Produktqualität	
(z.B. Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung usw.)	
Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt?	_____ _____
Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert?	_____ _____
Worauf führen Sie die Mängel zurück?	_____ _____

↻ Bitte senden Sie das Arzneimittel sicher & hygienisch verpackt und möglichst in der Original-Verpackung an uns zurück!

Information über unerwünschte Arzneimittelwirkungen	
Seit wann wenden Sie das Arzneimittel an?	_____
Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? <small>(bitte ggf. auf weiterem Blatt fortsetzen)</small>	_____ _____
Welche Dosierung wurde angewandt?	_____ _____
Welche anderen Arzneimittel wurden verwendet?	_____ _____
Erfolgte die Anwendung des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenden Sie das Arzneimittel trotz der unerwünschten Wirkung weiterhin an?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum: _____

Unterschrift: _____