

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 evtl. das/die betreffende/n Arzneimittel an uns zurückzusenden.

Name	Vorname	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail
Angaben zum Patienten:		
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Alter: <input type="text"/>
Bezeichnung des Arzneimittels:		
Darreichungsform: (Tabletten, Saft, Creme usw.)	<input type="text"/>	
Packungsgröße:	<input type="text"/>	
Hersteller/Importeur:	Chargen-Bez.:	<input type="text"/>
Verwendbar bis:	Bezugsdatum:	<input type="text"/>
Beanstandung der Produktqualität (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung usw.) ¹ :		
Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt?	<input type="text"/>	
Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert?	<input type="text"/>	
Worauf führen Sie die Mängel zurück?	<input type="text"/>	
Information über unerwünschte Arzneimittelwirkungen:		
Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?	<input type="text"/>	
In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel angewandt?	<input type="text"/>	
Erfolgte die Anwendung des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Seit wann wenden Sie das Arzneimittel an?	<input type="text"/>	
Welche anderen Arzneimittel werden/wurden angewendet?	<input type="text"/>	
Wenden Sie das Arzneimittel trotz der unerwünschten Wirkung weiterhin ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ort/Datum	Unterschrift	

¹ Bitte senden Sie das Arzneimittel sicher und hygienisch verpackt und möglichst in der Original-Verpackung an die Apotheke.