

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle)

an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft · Eugen-Langen-Str. 12 · 5000 Köln 51

Fernruf (02 21) 38 03 96-99

Bei dem Patienten

Vor- u. Zuname Geb.- Tag Mon. Jahr Geschlecht Größe: Gewicht bei ♀ schwanger seit: Beruf:
(Anfangsbuchst.) Datum: in cm: in kg:

wurde(n) am: (Datum) folgende unerwünschte Arzneimittelwirkung(en) beobachtet: Dauer (Std., Tage)

1.

2.

3.

Bis zur unerw. Wkg. wurden gegeben: Tbl., Amp... Tagesdos. p.o., i.v. usw. von: (Datum) bis: (Datum) wegen:

1.
(auslös.)

2.

3.

4.

Zusammenhang vermutet mit Arzneimittel(n) Nr. Früher gegeben? Wie vertragen?

Grundleiden, weitere Leiden:

Anamn. Besonderh.: (z. B. Allergien, auch geg. andere Arzneim., Stoffwechseldefekte, Nikotin, Alkohol, Arzneimittelabusus, spez. Diät u. a.)

Bes. diagn. bzw. therap. Maßnahmen (z. B. Kontrastm., Narkose, Strahlenth., physik. Th., Schrittm., Implantate [Kunststoffe]):

Veränderungen von Laborparametern im Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Therapie und Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung, ggf. Reexposition bzw. Testung:

Todesursache: Sektion Wo durchgeführt?
 ja/nein ggf. Sektionsbefund beifügen

Name, Fachgebiet, Anschrift
des Arztes (und der Klinik)

(Stempel)

Wer wurde weiter informiert:

- Hersteller
- Gesundheitsbehörde
- Bundesgesundheitsamt

Unterschrift