

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle)

an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft · Postfach 41 01 25 · 5000 Köln 41

☎ (02 21) 4004-1

◀ Schraffierte Felder nicht ausfüllen! ▶

Code Nr.	Pat. Init. □□	Geburtsdatum □□□□□□	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe □□□	Gewicht □□□	Tätigkeit	ethn. Zugeh.	Schwangersch.- Monat:
----------	------------------	------------------------	---	--------------	----------------	-----------	--------------	--------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen	aufgetreten am:	Dauer	Std./Tage	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□
<input type="checkbox"/> lebensbedrohlich?				

Arzneimittel/Darreichungsform	Tagesdosis	Applikation	gegeben von/bis	wegen	BGA-Nr.*
(auslös) 1.					□□□□□□ □□□□□□
2.					□□□□□□ □□□□□□
3.					□□□□□□ □□□□□□
4.					□□□□□□ □□□□□□

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>	□□□□□□
---	--	--	--	--------

Grunderkrankung:	Begleiterkrankungen:	□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□
------------------	----------------------	----------------------------

Anamn. Besonderheiten: Nikotin Alkohol Kontrazeptiva Schrittmacher Implantate Strahlentherapie
 physikal. Therapie Diät Allergien° Stoffwechseldefekte° Arzneimittelabusus° Sonstige: □□□□□□
 ° weitere Erläuterungen: □□□□□□

Veränderung von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung: □□□□□□
 ggf. Berichtsbogen beil.

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:
 wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt unbekannt Exitus Sektion ja nein
 (ggf. Befund beifügen) Todesursache: □□□□□□

a) beh. Arzt b) Hersteller c) Arzneim.-Komm. Ärzte	Weitere Bemerkungen:
	(ggf. Anlage verwenden)

Wer wurde informiert: BGA Hersteller Arzneim.-Komm. Ärzte Sonstige: □□□□□□

Name des Arztes:	Beratungsbrief erwünscht <input type="checkbox"/>	Datum:
Fachrichtung:		
PLZ:		
Klinik ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (ggf. Stempel)		Unterschrift

* Registrierungs-Nr., Zulassungs-Nr. oder Eingangs-Nr. (soweit bekannt)