

**Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkung
durch Angehörige der Heilberufe**

Wichtiger Hinweis: Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst **vollständig** aus — die Informationen werden von uns **VERTRAULICH** behandelt, geprüft und registriert.

Angaben zum Berichterstatter

Arzt Apotheker Pflegepersonal Andere

Name:

Adresse:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail Adresse:

Angaben zum Produkt

Arzneimittel (Name oder Wirkstoff) und Darreichungsform (z. B. Tablette):

Chargennummer:

Indikation:

Applikationsart:

Dosierung:

Behandlungszeitraum (Tag/Monat/Jahr):

von

bis

Angaben zum Patienten

Initialen:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Alter (wenn Geburtsdatum unbekannt):

Ggf. Schwangerschaftswoche:

Grunderkrankung:
Begleiterkrankung:
Co-Medikation (Handelsname, Dosis, Applikationsart, Behandlungszeitraum):
Arztbericht/Befund/Labordiagnostik beigelegt?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur unerwünschten Arzneimittelwirkung		
Beschreibung/Symptome:		
Aufgetreten: am	von _____ bis _____	andauernd <input type="checkbox"/>
Arzneimittel früher verabreicht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Arzneimittel früher vertragen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bewertung der unerwünschten Arzneimittelwirkung:		
Schwerwiegend <input type="checkbox"/>	Nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/>	
Tödlich	<input type="checkbox"/>	
Lebensbedrohend	<input type="checkbox"/>	
Stationäre Behandlung oder Verlängerung einer stationären Behandlung erforderlich	<input type="checkbox"/>	
Bleibende oder schwerwiegende Behinderung oder Invalidität	<input type="checkbox"/>	
Angeborenen Fehlbildung (kongenitale Anomalie) bzw. Geburtsfehler	<input type="checkbox"/>	
Wichtiges medizinisches Ereignis	<input type="checkbox"/>	

Medizinische Behandlung der unerwünschten Arzneimittelwirkung (wenn notwendig):

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergestellt noch nicht wiederhergestellt tödlich unbekannt

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an uns zurück:

Adresse: Sintetica GmbH
Pharmakovigilanz
Albersloher Weg 11
D-48155 Münster

Fax-Nr.: +49 (0)251 / 915965-29

E-Mail: kpkrfg@aol.com und GmbH_drug_safety@sintetica.com

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!