

BERICHT ÜBER UNERWÜNSCHTE REAKTIONEN BEI ARZNEIMITTELN UND MEDIZINPRODUKTEN



Bitte zurücksenden an: drugsafety@riemser.com oder Fax 038351 76 778. Danke!

I. Informationen zum Patienten und zur beobachteten Reaktion

Pat. Init.	Geburtsdatum	Alter	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Datum Reaktion	Zutreffendes ankreuzen In Bezug auf Reaktion: <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> Besserung <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> Lebensgefahr <input type="checkbox"/> unbekannt
Gewicht: kg					
Größe: cm					
Beobachtete unerwünschte Wirkung/en:					

II. Informationen zum Arzneimittel/Produkt

Arzneimittel o. Produkt/ Stärke /Darreichungsform Charge/Verfallsdatum	Tagesdosis	gegeben von / bis	Indikation	Kausalzusammenhang
				<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> kein Zusammenhang <input type="checkbox"/> nicht zu bewerten
				<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> kein Zusammenhang <input type="checkbox"/> nicht zu bewerten
				<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> kein Zusammenhang <input type="checkbox"/> nicht zu bewerten
				<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> kein Zusammenhang <input type="checkbox"/> nicht zu bewerten

III. Anamnestische Angaben

z. B. Grunderkrankung, Begleiterkrankungen, Allergien, Risikofaktoren, diagnostische Testergebnisse:

Schwangerschaft ____ Monat Stillperiode

IV. Zusätzliche Bemerkungen

z.B. Präparat abgesetzt Dosis reduziert neue Dosis: Datum:

bereits informiert: BfArM AMK-Ärzte AMK-Apotheker Hersteller sonstige:

V. Angaben zum Meldenden

Name/Institution/Adresse/Tel/Fax ggf. Stempel	Datum:
	Unterschrift