

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle) gemäß der Berufsordnung für Ärzte an die Bundesärztekammer
 Bereich Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
 Herbert-Lewin-Platz 1 • 10623 Berlin
 Fax: +49 30 400456-555 • Tel: +49 30 400456-500 • www.akdae.de
 Ausgefülltes Formular bitte an pharmakovigilanz@secure.baek.de senden.

Patient / in	
Initialen	Geburtsdatum
Geschlecht	
w m	Schwangerschaft . Monat
Gewicht	
kg	Größe cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung	
Aufgetreten am	Dauer

Arzneimittel (Genaue Bezeichnung / Darreichungsform / PZN / Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung von bis		Indikation
1					
2					
3					
4					
5					

↳ Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5 Bitte kreuzen Sie mind. 1 Arzneimittel an.

Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten
 (z. B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber- / Nierenfunktionsstörungen, ggf. ICD-Codierung)

Folgen der vermuteten UAW

Tod Sektion: j n

lebensbedrohend

ohne Schaden erholt

Krankenhausaufenthalt

Krankenhausaufenthalt verlängert

noch nicht erholt

bleibende Schäden oder Behinderung

medizinisch schwerwiegend

Sonstiges:

unbekannt

Relevante Untersuchungsergebnisse
 (z. B. Laborwerte mit Datum)

Therapieabbruch nach UAW

ja	nein	keine Angabe
----	------	--------------

Besserung nach Therapieabbruch

ja	nein	keine Angabe
----	------	--------------

Verschlechterung nach erneuter Gabe

ja	nein	keine Angabe
----	------	--------------

Maßnahmen / Therapie

Das Beilegen des Arztbriefes und / oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich.

Anrede/Name:	Klinik: j n	Datum:
Fachrichtung:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
E-Mail:		Unterschrift

Ausgefülltes Formular bitte an pharmakovigilanz@secure.baek.de senden.