

# Bericht über Medikationsfehler

## Zusatzinformationen



Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle)

an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
(AkdÄ) gemäß der Berufsordnung für Ärzte

Postfach 120864 • 10598 Berlin

Fax: 030 / 400456-555 • Tel.: 030 / 400456-500 • www.akdae.de

<b>Patient / in</b>	
Initialen	Geburtsdatum
_____	____.____.____
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	_____ . Monat

<b>Beschreibung des Medikationsfehlers (Ursache) und der Nebenwirkung (Folge)</b>	
(z. B. falscher Applikationsweg (i.v. statt i.m.), anschließende Atemnot)	
Fehler aufgetreten am	Dauer der Nebenwirkung

Betroffene(s) Arzneimittel	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					

Relevante begleitende Arzneimittel (genaue Bezeichnung)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					

<b>Maßnahmen/Therapie</b>

<b>Therapieabbruch nach UAW</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
<b>Besserung nach Therapieabbruch</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
<b>Verschlechterung nach erneuter Gabe</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

<b>In welchem Umfeld trat der Fehler auf?</b>
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Notfalldienst/Rettungswesen
<input type="checkbox"/> Notaufnahme/Rettungsstelle <input type="checkbox"/> Pflege-/Seniorenheim
<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Wohnung/Umfeld des Patienten
<input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> anderer Ort:
<input type="checkbox"/> Krankenhausapotheke <input type="checkbox"/> unbekannt

<b>Anregungen zum Berichtsbogen</b>

<b>Welcher Schritt des Medikationsprozesses war von dem Fehler betroffen?</b>
<input type="checkbox"/> Verschreibung/Verordnung <input type="checkbox"/> Einnahme/Applikation
<input type="checkbox"/> Informationsübertragung <input type="checkbox"/> Überwachung
<input type="checkbox"/> Zubereitung <input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Abgabe/Verteilung

Ihre Kontaktangaben werden für etwaige Rückfragen benötigt und gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt.  
Bei schweren UAW ist das Beilegen des pseudonymisierten Arztbriefes hilfreich.

Name:	Datum:
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	_____
<input type="checkbox"/> anonyme Meldung	Unterschrift