Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

Ausgefülltes Formular bitte an Pharmakovigilanz@akdae.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)

Relevante Untersuchungsergebnisse
(z. B. Laborwerte mit Datum)

Maßnahmen / Therapie

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

Therapieabbruch nach UAW
☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Besserung nach Therapieabbruch
☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Verschlechterung nach erneuter Gabe
☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

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@akdae.de senden.