

Bericht über Medikationsfehler



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

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

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

Betroffene(s) Arzneimittel (genaue Bezeichnung/Darreichungsform/PZN/Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					

Fallrelevante Begleiterkrankungen und Befunde
(z.B. Allergien, Leber-/Niereninsuffizienz)

Gab es Faktoren, die das Entstehen des Medikationsfehlers begünstigt haben? (Bitte kurz erläutern.)

bezogen auf das Arzneimittel (z.B. Produktinformation nicht eindeutig):

von Seiten des Patienten (z.B. eingeschränkte Sehfähigkeit):

von Seiten des Personals (z.B. mangelnde Ausbildung):

im direkten Arbeitsumfeld/-ablauf (z.B. unzureichende Ausstattung):

auf organisatorischer Ebene (z.B. Schnittstellenproblem):

Schweregrad des Ereignisses

kein Schaden

nicht schwerwiegender Schaden

stationäre Behandlung notwendig

stationäre Behandlung verlängert

lebensbedrohlicher Schaden

bleibender Schaden

angeborener Schaden

medizinisch relevanter Schaden

Tod (Sektion: ja nein)

Ausgang des Ereignisses

ohne Schaden erholt bleibender Schaden

noch nicht erholt tödlich

gebessert unbekannt

Empfehlung zur Fehlervermeidung

Anregungen zum Berichtsbogen

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

Name:	Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Klinik	Datum:
Fachrichtung:	<input type="checkbox"/> niedergelassen	
Anschrift:	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Telefonnummer:		
E-Mail:		_____
<input type="checkbox"/> anonyme Meldung (Bitte geben Sie Ihre Fachrichtung/Tätigkeit an. Das Ausfüllen des Formulars "MF-Berichtsbogen Zusatzinformationen" wäre hilfreich.)		Unterschrift