

Meldeblatt für Bürgerinnen und Bürger zur Mitteilung von Nebenwirkungen

Mitteilung von Arzneimittelnebenwirkungen

(Bitte ausfüllen und der oder dem Pharmakovigilanzverantwortlichen übermitteln)

1) Welche unerwünschte Wirkung haben Sie beobachtet? _____ _____			
2) Wann? _____			
3) Wie lange hat sie gedauert? _____			
4) Welche Arzneimittel haben Sie angewendet?	5) Wie oft am Tag?	6) Seit wann?	7) Gegen welche Beschwerden?
a Fialen _____ _____			
b Zäpfchen _____ _____			
c lokale Anwendung _____ _____			
d über den Mund _____ _____			
e _____ _____			
F _____ _____			
8) Wurde Ihnen das Arzneimittel von einer Ärztin oder einem Arzt verschrieben?	JA	NEIN	
9) Hatten Sie es bereits in der Vergangenheit angewendet?	JA	NEIN	
10) Ist jemals die gleiche Wirkung aufgetreten?	JA	NEIN	
11) Bei welchem Arzneimittel? _____ _____			
12) Wie heißt Ihre behandelnde Ärztin oder ihr behandelnder Arzt? (Nachname, Vorname, Adresse, Telefon) _____			

13) Haben Sie die Ärztin oder den Arzt informiert?	JA	NEIN
14) Wie wurde die Wirkung behandelt?		
- Das Arzneimittel wurde abgesetzt	JA	NEIN
- Die Dosis wurde reduziert	JA	NEIN
Anderes (angeben) _____		

15) Ist die Wirkung jetzt verschwunden?	(Zutreffende Antwort ankreuzen)	
JA vollständig	NICHT vollständig	NEIN
Ihre Adresse und Telefonnummer:	Datum	
_____	UNTERSCHRIFT	

