

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Bitte zurücksenden an die remedix GmbH, Max-Planck-Str. 36b, 61381 Friedrichsdorf
Tel. 06172-4999-1990 / FAX 06172-4999-1991 oder per E-Mail an: service@remedix.eu

Pat. Initialen (Nachname/Vorname)	Geb.dat./Alter	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	Größe (cm) _ _ _	Gewicht (kg) _ _ _	schwanger <input type="checkbox"/> Stillzeit <input type="checkbox"/>	Schwanger- schaftswoche
--------------------------------------	----------------	---	----------------------	------------------------	--	----------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen	aufgetreten am	Dauer
---	-------------------	-------

Arzneimittel / Darreichungsform/ Chargenbezeichnung/Verfall	Tages- dosis	Appli- kation	Gegeben von / bis (letzte Einnahme)	wegen
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr.	dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Reexposition pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Grunderkrankung:	Begleiterkrankungen:
-------------------------	----------------------

Anamn. Besonderheiten:	Alkohol <input type="checkbox"/> Allergien* <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> wenn ja, welche..... Kontrazept. <input type="checkbox"/> Abusus <input type="checkbox"/>	Sonstige (z.B. Stoffwechseldefekte, Strahlentherapie, Implantate):
-----------------------------------	--	---

Veränderungen von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung (bitte ggf. Befund-Kopie beifügen):

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung (Arztbrief u. Befunde beifügen):

Einstufung der UAW:	Ausgang der UAW:	Weitere Bemerkungen (Befunde und Arztbrief bitte beifügen) :
Tödlich <input type="checkbox"/>	andauernd <input type="checkbox"/>	
Lebensbedrohlich <input type="checkbox"/>	Besserung <input type="checkbox"/>	
Stationäre Ther. erforderlich bzw. verlängert <input type="checkbox"/>	wiederhergestellt <input type="checkbox"/>	
Behinderung/Invalidität <input type="checkbox"/>	bleibende Schäden <input type="checkbox"/>	
Kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	
	Exitus <input type="checkbox"/>	

Beurteilung des kausalen Zusammenhangs: gesichert wahrscheinlich möglich
 unwahrscheinlich kein Zusammenhang nicht zu beurteilen

Angaben zum Meldenden Angehöriger eines Gesundheitsberufes Fachrichtung / Qualifikation:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Name des Meldenden (ggf. Stempel):	Wer wurde informiert BfArM <input type="checkbox"/> AMK/AKDÄ <input type="checkbox"/> Hersteller <input type="checkbox"/> sonstige:
------------------------------------	---

Straße	Ort	E-Mail:	Datum, Unterschrift
PLZ			
Telefon-/Faxnummer			