Fragebogen zur Nachverfolgung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Initialen	Geburtsdatum	Geschlecht ☐ w ☐ m	Größe	Gewicht	Schwanger-schaftswoche:

Beobachtete unerwünschte Wirkung aufgetreten am: Dauer:

Verlauf und Therapie der unerwünschten Wirkung:

☐ Krankenhausaufenthalt

Produkt-name	**Charge**	**Mindesthalt-barkeitsdatum**	**Tagesdosis**	**Verwendung von - bis**	**Verwendungs-grund**

Wird ein Zusammen-hang mit dem Produkt vermutet? ☐ Ja ☐ Nein	Wurde das Produkt früher bereits angewendet? ☐ Nein ☐ Ja und damals vertragen ☐ Ja und damals bereits eine unerwünschte Wirkung	Trat bei nochmaliger Anwendung die unerwünschte Wirkung noch einmal auf? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht noch einmal angewendet

allgemeiner Gesundheitszustand (z.B. andere Erkrankungen, Allergien, etc.)

regelmäßig eingenommene Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung

☐ wiederhergestellt am:_____ ☐ bleibender Schaden/Folgeschaden
☐ noch nicht wiederhergestellt ☐ unbekannt

Haben Sie wegen der unerwünschten Arzneimittelwirkung einen Arzt, Apotheker oder eine andere Fachkraft aufgesucht? ☐ NEIN ☐ JA

Diese Personen haben eventuell weitere Informationen und es könnte hilfreich für uns sein, mit diesen Kontakt aufzunehmen. Wenn Sie damit einverstanden sind, geben Sie uns bitte Namen und Adresse auf der beigefügten Einverständniserklärung an.

Bitte füllen Sie dieses Formular so vollständig und genau wie möglich aus - die Informationen werden von uns vertraulich behandelt, geprüft und digital registriert. Dies geschieht, damit wir unserer gesetzlichen Pflicht zur Ermittlung unerwünschter Arzneimittelwirkungen nachkommen.