

# 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

Patient / in	
Initialen	Geburtsdatum
_____	__ . __ . ____
Geschlecht	Schwangerschaft
__ w __ m	____ . Monat
Gewicht	Größe
_____ kg	_____ cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung	
Aufgetreten am	Dauer
_____ . _____ . _____	_____

Arzneimittel (Genauere Bezeichnung / Darreichungsform / PZN / Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					
4					
5					

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr.  1  2  3  4  5 Bitte kreuzen Sie mind. ein Arzneimittel an.

<p><b>Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten</b> (z. B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber- / Nierenfunktionsstörungen, ggf. ICD-Codierung)</p>
<p><b>Relevante Untersuchungsergebnisse</b> (z. B. Laborwerte mit Datum)</p>
<p><b>Maßnahmen / Therapie</b></p>

<p><b>Folgen der vermuteten UAW</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)</p> <p><input type="checkbox"/> lebensbedrohend</p> <p><input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt verlängert</p> <p><input type="checkbox"/> noch nicht erholt</p> <p><input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> vorübergehend schwer beeinträchtigt</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p><b>Therapieabbruch nach UAW</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><b>Besserung nach Therapieabbruch</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p><b>Verschlechterung nach erneuter Gabe</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe</p>
--

**Das Beilegen des Arztbriefes und / oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich.**

Name des Arztes:	Klinik: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:
Fachrichtung:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
E-Mail:		_____ Unterschrift