

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Angaben zum Patienten

Pat. Initialen (Vor-/Nachname)	Geburtsdatum (tt/mm/jjjj)	Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Schwanger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Schwangerschaftswoche _____ Entbindung voraussichtlich am: Datum(tt/mm/jjjj)
--	-------------------------------------	--	-------------------	---------------------	---

Unerwünschte Arzneimittelwirkung(en) und deren Verlauf

Unerwünschte separate Auflistung	Arzneimittelwirkungen	Beginn (Datum)	Ende (Datum)	Kausal- zusammen- hang mit*	Wiederherstellung des Patienten / Ausgang der UAW	Bitte ankreuzen:
1.				Präp.1 _____ Präp.2 _____ Präp.3 _____ Präp.4 _____	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> rekonvaleszierend <input type="checkbox"/> unverändert anhaltend <input type="checkbox"/> unbekannt	schwerwiegend <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> dauernde oder schwere Arbeits- unfähigkeit / Behinderung <input type="checkbox"/> Hospitalisierung (für mind. 1 Nacht) <input type="checkbox"/> kongenitale Anomalien / angeborene Fehl- bildungen nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/>
2.				Präp.1 _____ Präp.2 _____ Präp.3 _____ Präp.4 _____	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> rekonvaleszierend <input type="checkbox"/> unverändert anhaltend <input type="checkbox"/> unbekannt	
3.				Präp.1 _____ Präp.2 _____ Präp.3 _____ Präp.4 _____	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> rekonvaleszierend <input type="checkbox"/> unverändert anhaltend <input type="checkbox"/> unbekannt	
4.				Präp.1 _____ Präp.2 _____ Präp.3 _____ Präp.4 _____	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> rekonvaleszierend <input type="checkbox"/> unverändert anhaltend <input type="checkbox"/> unbekannt	

* Den Kausalzusammenhang jeder einzelnen unerwünschten Arzneimittelwirkung bitte für jedes vom Patienten verwendete Präparat wie folgt angeben:
A = sehr wahrscheinlich; B = wahrscheinlich; C = möglich; D = unwahrscheinlich; E = nicht zu beurteilen; F = kein Kausalzusammenhang

Verdachtspräparat(e) / Begleitmedikation(en)

Arzneimittel Handelsname, Wirkstoff(e), Darreichungsform, Stärke; Chargen- Bezeichnung	Applikations- weg	Tages- dosis	Therapie von - bis	wegen (Indikation)
1.				früher gegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt früher vertragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt nach Auftreten der UAW abgesetzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Besserung nach Absetzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wiederauftreten obiger Reaktionen nach erneuter Gabe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
2.				früher gegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt früher vertragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt nach Auftreten der UAW abgesetzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Besserung nach Absetzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wiederauftreten obiger Reaktionen nach erneuter Gabe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
3.				früher gegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt früher vertragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt nach Auftreten der UAW abgesetzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Besserung nach Absetzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wiederauftreten obiger Reaktionen nach erneuter Gabe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Fortsetzung zu Verdachtspräparat(e) / Begleitmedikation(en)

Arzneimittel	Applikationsweg	Tagesdosis	Therapie von - bis	wegen (Indikation)	
4.					früher gegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt früher vertragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt nach Auftreten der UAW abgesetzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Besserung nach Absetzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Wiederauftreten obiger Reaktionen nach erneuter Gabe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Für weitere aufgetretene unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder weitere Medikation bitte ein gesondertes Blatt mit allen Angaben ergänzen.

Angaben zur medizinischen Vorgeschichte des Patienten

Anamnestische Daten (Grunderkrankungen/Begleiterkrankungen, chirurgische Eingriffe und andere relevante Bedingungen)					
Risikofaktoren					
<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Kontrazeptiva	<input type="checkbox"/> Schrittmacher	<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie
<input type="checkbox"/> Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/> Diät	<input type="checkbox"/> Stoffwechseldefekte*	<input type="checkbox"/> Drogen- / Arzneimittelmissbrauch *	<input type="checkbox"/> Allergien*	<input type="checkbox"/> Andere*
*Bitte zusätzliche Informationen angeben:					

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung(en)

Wurde ein Arzt konsultiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Arzneimittel zur Behandlung der UAW angewendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche?
Weitere Angaben zu den Unerwünschten Arzneimittelwirkungen (z.B. relevante Untersuchungen, Laborergebnisse)
Bemerkungen:

Berichtender

Name der Apotheke, Klinik oder Praxis:	
Name des Berichtenden (in Druckbuchstaben):	
Beruf <input type="checkbox"/> Arzt /Ärztin der Fachrichtung: <input type="checkbox"/> Apotheker/in; <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/in; <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in; <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in (nichtärztlich), <input type="checkbox"/> Hebamme	
Adresse	Telefon:
	Fax:
Land	
Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die zuständige(n) Gesundheitsbehörde(n) einverstanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum / Unterschrift:	