

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle und andere Arzneimittelrisiken)  
an die Mundipharma Research GmbH & Co.KG  
Arzneimittelsicherheit und Pharmakovigilanz

Höhenstraße 10 • 65549 Limburg  
Fax: 06431/ 701-445 • Tel.: 06431 / 701-0 • EUDrugSafety@mundipharma-rd.eu

Patient / in	
Initialen	Alter oder Geburtsdatum
_____	_____
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	___ Monat
Gewicht	Größe
_____ kg	___ cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung	
Aufgetreten am:	Dauer:

Arzneimittel (Genaue 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. 1 Arzneimittel an.

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

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

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: