



Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle)
an das Paul-Ehrlich-Institut, Referat Arzneimittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen



Tel: (06103) 77-1011

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen

Fax: (06103) 77-1263

Code-Nr.	Pat. Init. Nachn. Vorn.	Geburtsdatum Tag Mon Jahr	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Tätigkeit	ethn. Zugeh.	Schwangerschafts- monat:
----------	------------------------------	----------------------------------	---	---------------	-----------------	-----------	--------------	-----------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel/Darreichungsform	Tagesdosis	Applikation	von	gegeben	bis	wegen
1. Chargen-Nr.:						
2. Chargen-Nr.:						
3. Chargen-Nr.:						
4. Chargen-Nr.:						

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4

dieses früher gegeben ja nein

vertragen ja nein

ggf. Reexposition ja nein

Grunderkrankung: _____ **Begleiterkrankungen:** _____

Anamn. Besonderheiten: Nikotin Alkohol Kontrazeptiva Schrittmacher Implantate Strahlentherapie

physikal. Therapie Diät Allergien ° Stoffwechseldefekte ° Arzneimittelabusus ° Sonstige: _____

° weitere Erläuterungen: _____

Veränderung von Laborparametern im Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung: *

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: lebensbedrohend ja nein Hospitalisierung? *) ja nein

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergestellt bleibender Schaden/Folgeschaden noch nicht wiederhergestellt unbekannt

Exitus: [Arzneimittelbeitrag möglich als Folge der UAW ohne Beitrag des Arzneimittels]

Todesursache:
Sektion: *) ja nein

beh. Arzt Hersteller a) b) c) Arzneimittel-Komm.	Beurteilung des Kausalzusammenhanges: <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> unbeurteilt <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen
	Weitere Bemerkungen: _____

Wer wurde informiert: PEI BfArM Hersteller Arzneim.-Komm.-Ärzte Sonstige: _____

Name des Arztes: Fachrichtung: PLZ: Klinik <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (ggf. Stempel)	Hersteller:	Datum: Unterschrift
--	-------------	----------------------------

*) ggf. Befund beifügen