

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



(auch Verdachtsfälle)

An die
VITA Apotheke
Dokumentation #
Schönfließer Str. 7
16540 Hohen Neuendorf

Eingang in Apotheke / ID / Bearbeitung

Patient/in	
Initialen	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/> . Monat
Gewicht	Größe
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung	
Aufgetreten am	Dauer

Arzneimittel / PZN	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
			von	bis	
1					
2					
3					
4					
5					

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5

<p>Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten (z.B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/Nierenfunktionsstörungen)</p>	<p>Folgen der vermuteten UAW</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>Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Laborwerte mit Datum)</p>	<p>Besserung nach Therapieabbruch</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine Angabe</p>
<p>Maßnahmen / Therapie</p>	<p>Verschlechterung nach erneuter Gabe</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine Angabe</p>

Freiwillige Angaben

Dürfen wir mit Ihnen telefonisch oder schriftlich mit Ihnen Kontakt aufnehmen ? Hinterlassen Sie bitte ggf. Ihre Kontaktdaten:

Dürfen wir mit Ihrem behandelnden Arzt bzw. Hausarzt telefonisch oder schriftlich Kontakt aufnehmen ? Hinterlassen Sie bitte ggf. dessen Kontaktdaten: