

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Eingangsvermerk Mundi.

(auch Verdachtsfälle und andere Arzneimittelrisiken)
an die Mundipharma GmbH

Mundipharmastraße 2 • 65549 Limburg

Fax: 06431/ 701-433 • Tel.: 06431 / 701-0 •Arzneimittelsicherheit@mundipharma.de

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

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

Folgen der vermuteten UAW <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 Therapieabbruch nach UAW <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe Besserung nach Therapieabbruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe Verschlechterung nach erneuter Gabe <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: