

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle und andere Arzneimittelrisiken)

Mundipharma GmbH  
De-Saint-Exupéry-Straße 10  
60549 Frankfurt am Main

Patient / in	
Initialen _____	Alter oder 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.

<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, Apothekers, o.a.: nein Datum: _____	Klinik: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstiger:	Fachrichtung:
Anschrift (ggf. Stempel):	
Telefonnummer:	
E-Mail:	Unterschrift: