

## Mitteilung zur Meldung von Arzneimittelrisiken

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Wenn Sie Mängel an der Qualität Ihres bestellten Arzneimittels oder unerwünschte Nebenwirkungen nach der Einnahme des Medikamentes feststellen, teilen Sie uns dies bitte mit. Nutzen Sie dazu bitte diesen Vordruck und senden Sie ihn uns, zusammen mit dem Medikament zurück. Bitte informieren Sie auch Ihren behandelnden Arzt über unerwünschte Nebenwirkungen. – Vielen Dank!

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

**Patientenangaben** Geschlecht  m  w geb. am \_\_\_\_\_

**Bezeichnung des Medikaments** \_\_\_\_\_

Darreichungsform ( Tabletten, Saft, Creme etc.) \_\_\_\_\_

Packungsgröße \_\_\_\_\_ Hersteller / Importeur \_\_\_\_\_

Chargen-Bez. \_\_\_\_\_ Verwendbar bis \_\_\_\_\_

**Mängel an der Produktqualität\*** (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung etc.)

\*Bitte senden Sie das Medikament in der Originalverpackung an uns zurück.

Welche Mängel wurden festgestellt? \_\_\_\_\_

Wo haben Sie das Medikament gelagert? \_\_\_\_\_

Worauf führen Sie die Mängel zurück? \_\_\_\_\_

### Beanstandung aufgrund unerwünschter Wirkungen:

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? \_\_\_\_\_

In welcher Dosierung haben Sie das Medikament angewendet? \_\_\_\_\_

Erfolgte die Anwendung des Medikaments auf ärztliche Verordnung?  Ja  Nein

Seit wann wenden Sie das Medikament an? \_\_\_\_\_

Welche anderen Medikamente werden/wurden angewendet? \_\_\_\_\_

Wenden Sie das Medikament trotz der Nebenwirkungen weiterhin an?  Ja  Nein

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_