



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



Tel: (06103) 77-0

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen

Fax: (06103) 77-1234

Code-Nr.	Pat. Init. Nachn. Vorn.	Geburtsdatum Tag Mon Jahr	Geschlecht m ☐ w ☐	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Tätigkeit	ethn. Zugeh.	Schwangerschafts- monat:
----------	------------------------------	----------------------------------	---	---------------	-----------------	-----------	--------------	-----------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen

aufgetreten am:

Dauer:

Arzneimittel/Darreichungsform	Tagesdosis	Applikation	von	gegeben	bis	wegen
1. Arzneimittel: 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]

Sektion: *) ☐ ja ☐ nein Todesursache:

Beurteilung des Kausalzusammenhanges: ☐ gesichert ☐ wahrscheinlich ☐ möglich
☐ unwahrscheinlich ☐ unbeurteilt ☐ nicht zu beurteilen

Weitere Bemerkungen:

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

Name des Arztes:

Hersteller:

Datum:

Fachrichtung:

PLZ:

Klinik ☐ ja ☐ nein

(ggf. Stempel)

Unterschrift

*) ggf. Befund beifügen