

Name des Empfängers:	Datum des Eingangs:	Datum der Weiterleitung an die PV-Abteilung:
----------------------	---------------------	--

Formular zur Meldung einer Nebenwirkung

Reporter

Ausbildung	Name	Organisation / Krankenhaus / Praxis	Kontaktinformationen
☐ Angehöriger der Heilberufe ☐ Patient ☐ Andere (bitte definieren):	☐ Nicht zutreffend (anonyme Meldung)	☐ Nicht zutreffend	☐ Nicht zutreffend ☐ Der Reporter möchte <u>nicht</u> mehr kontaktiert werden

Patient

Geschlecht	Alter	Sonstige relevante Informationen (z. B. andere Medikamente oder Begleiterkrankungen)
☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers		

Mutmaßlich die Nebenwirkung(en) verursachende Medikamente

Medikament oder Wirkstoff (Name)	Chargennummer (falls bekannt)	Art der Verabreichung	Dosierung	Indikation
		☐ oral ☐ s.c. ☐ i.m. ☐ i.v. ☐ unbekannt ☐ andere (bitte definieren): _____		
		☐ oral ☐ s.c. ☐ i.m. ☐ i.v. ☐ unbekannt ☐ andere (bitte definieren): _____		
		☐ oral ☐ s.c. ☐ i.m. ☐ i.v. ☐ unbekannt ☐ andere (bitte definieren): _____		
		☐ oral ☐ s.c. ☐ i.m. ☐ i.v. ☐ unbekannt ☐ andere (bitte definieren): _____		

Name des Empfängers:	Datum des Eingangs:	Datum der Weiterleitung an die PV-Abteilung:
----------------------	---------------------	---

Nebenwirkung(en)

Nebenwirkung(en)	Beginn	Ende (falls zutreffend)	Ausgang (der Nebenwirkung)
			☐ Genesen; falls ja, wann: _____ ☐ Nicht genesen / andauernd ☐ Tödlich ☐ Genesen mit Folgeschäden ☐ Unbekannt
			☐ Genesen; falls ja, wann: _____ ☐ Nicht genesen / andauernd ☐ Tödlich ☐ Genesen mit Folgeschäden ☐ Unbekannt
			☐ Genesen; falls ja, wann: _____ ☐ Nicht genesen / andauernd ☐ Tödlich ☐ Genesen mit Folgeschäden ☐ Unbekannt
			☐ Genesen; falls ja, wann: _____ ☐ Nicht genesen / andauernd ☐ Tödlich ☐ Genesen mit Folgeschäden ☐ Unbekannt

Weitere Angaben

War eines der gemeldeten Ereignisse tödlich oder lebensbedrohlich? ☐ Ja ☐ Nein; falls

“Ja”, bitte erläutern Sie die Details:

Erforderte eines der gemeldeten Ereignisse einen Krankenhausaufenthalt bzw.
eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts?

☐ Ja ☐ Nein; falls

“Ja”, bitte erläutern Sie die Details:

Hat das Ereignis zu einer dauerhaften oder erheblichen Behinderung oder Invalidität geführt? ☐ Ja ☐ Nein; falls

“Ja”, bitte erläutern Sie die Details:

Hat das Ereignis zu einer kongenitalen Anomalie / einem Geburtsfehler / einer Fehlgeburt
geführt oder diese verursacht?

☐ Ja ☐ Nein; falls

“Ja”, bitte erläutern Sie die Details:

Erforderte das Ereignis einen dringenden Eingriff durch eine Gesundheitsfachkraft?

☐ Ja ☐ Nein; falls

“Ja”, bitte erläutern Sie die Details:

Sonstige relevante Informationen: