

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen & andere Arzneimittelrisiken (auch Verdachtsfälle)



## PATIENT

Initialen

Geburtsdatum

Geschlecht

Größe \_\_\_\_ cm

Schwangerschaft

\_\_\_\_ · \_\_\_\_  
Vor- Nachname

\_\_\_\_ · \_\_\_\_ · \_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

männlich  
 weiblich

Gewicht \_\_\_\_ kg

\_\_\_\_. Woche

## BEOBSACHTETE UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)

	Startdatum	Stopdatum	Dauer	Verlauf* (1-6)	Schwere** (A-G)

\* Verlauf 1 wiederhergestellt 2 Besserung 3 fortbestehend 4 bleibende Schäden 5 unbekannt 6 tödlich (bitte Datum angeben)

\*\* Schwere A nicht schwerwiegend B Krankenhausaufenthalt erforderlich/verlängert C lebensbedrohend D tödlich E bleibende Schäden/Behinderung F kongenitale Anomalie/Geburtsfehler G Sonstiges (bitte spezifizieren)

## ARZNEIMITTEL

Arzneimittel / Darreichungsform (und Chargen-Nr.)	Hersteller	Dosis / Einheit	Applikation	gegeben von / bis	wegen (Indikation)	Beurteilung des Zusammen- hangs mit UAW***

\*\*\* Kausalzusammenhang 1 kein Zusammenhang 2 gesichert 3 wahrscheinlich 4 möglich 5 unwahrscheinlich 6 unbeurteilt 7 nicht zu beurteilen

Verschwand die UAW nach Absetzen des Arzneimittels?  ja  nein  keine Angabe möglich

Trat die UAW nach Wiedereinnahme erneut auf?  ja  nein  keine Angabe möglich

## GRUNDERKRANKUNGEN UND ANAMNESTISCHE BESONDERHEITEN

- Rauchen
- Alkohol
- Kontrazeptiva
- Allergien
- Diät
- Schrittmacher
- Implantat
- Strahlentherapie
- physikalische Therapie
- Stoffwechseldefekte

## RELEVANTE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

## MAßNAHMEN / THERAPIE

--	--

## KOMMENTARE

--

Wer wurde informiert?  BfArM  PEI  AMK  AkdÄ  Hersteller  Sonstige:

Name des Arztes / Apothekers:

Datum:

Ort:

Fachrichtung:

Unterschrift:

Adresse:

Klinik:  ja  nein  
(ggf. Stempel)

Bitte senden Sie den ausgefüllten UAW-Bogen an:

**mibe GmbH Arzneimittel**  
**Abteilung Arzneimittelsicherheit**  
**Münchener Str. 15, 06796 Brehna**  
 Fax: 034954/247-464  
 E-Mail: [drugsafety@mibegmbh.de](mailto:drugsafety@mibegmbh.de)