

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Bitte zurücksenden an die axicorp GmbH, Max-Planck-Str. 36b, 61381 Friedrichsdorf
Tel. 0800-2940100 / FAX 0800-2946100 oder per E-Mail an: service@axicorp.de

Pat. Initialen (Nachname/Vorname)	Geb.dat./Alter	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	Größe (cm) _ _ _	Gewicht (kg) _ _ _	schwanger <input type="checkbox"/> Stillzeit <input type="checkbox"/>	Schwanger- schaftswoche
--------------------------------------	----------------	---	----------------------	------------------------	--	----------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen

	aufgetreten am	Dauer
--	-------------------	-------

Arzneimittel / Darreichungsform/ Chargenbezeichnung/Verfall	Tages- dosis	Appli- kation	Gegeben von / bis (letzte Einnahme)	wegen
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr.	dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Reexposition pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Grunderkrankung: _____ **Begleiterkrankungen:** _____

Anamn. Besonderheiten:	Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Kontrazept. <input type="checkbox"/> Abusus <input type="checkbox"/>	Allergien* <input type="checkbox"/> wenn ja, welche.....	Sonstige (z.B. Stoffwechseldefekte, Strahlentherapie, Implantate):
---	---	---	---

Veränderungen von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung (bitte ggf. Befund-Kopie beifügen):

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung (Arztbrief u. Befunde beifügen):

Einstufung der UAW:	Ausgang der UAW:	Weitere Bemerkungen (Befunde und Arztbrief bitte beifügen) :
Tödlich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andauernd	<input type="checkbox"/>
Lebensbedrohlich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Besserung	<input type="checkbox"/>
Stationäre Ther. erforderlich bzw. verlängert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt	<input type="checkbox"/>
Behinderung/Invalidität <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bleibende Schäden	<input type="checkbox"/>
Kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Exitus	<input type="checkbox"/>

Beurteilung des kausalen Zusammenhangs: gesichert wahrscheinlich möglich
 unwahrscheinlich kein Zusammenhang nicht zu beurteilen

Angaben zum Meldenden
Angehöriger eines Gesundheitsberufes ja nein
Fachrichtung / Qualifikation: _____

Name des Meldenden (ggf. Stempel):	Wer wurde informiert
	BfArM <input type="checkbox"/> AMK/AKDÄ <input type="checkbox"/>
	Hersteller <input type="checkbox"/> sonstige: _____

Straße	Ort	E-Mail:	Datum, Unterschrift
PLZ			
Telefon-/Faxnummer			