

**BETROFFENE PERSON**

Identifikation	Alter	Körpermaße	Schwangerschaft
Initialen: <u>Nachname</u> <u>Vorname</u> _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum: _____ Alter bei Nebenwirkung: _____	Gewicht [kg]: _____ Körpergröße [cm]: _____	Schwangerschaftswoche: _____ Schwangerschaftsdrittel: _____

**Bekannte Allergien und Begleiterkrankungen**

Nein  Ja, nämlich

**VERDÄCHTIGTE(S) ARZNEIMITTEL**

NR	Bezeichnung o. PZN	ChargenNr.	Dosierung	Verabreichungsweg	Startdatum	Enddatum	Anwendungsgrund
1							
2							
3							

**WEITERE(S) ARZNEIMITTEL** (Empfehlung: Anwendung gleichzeitig oder bis zu 3 Monate vor dem verdächtigen Arzneimittel)

Keine weiteren Arzneimittel wurden eingenommen

NR	Bezeichnung o. PZN	ChargeNr.	Dosierung	Verabreichungsweg	Startdatum	Enddatum	Anwendungsgrund
4							
5							
6							

**BESCHREIBUNG ARZNEIMITTELRISENEN / NEBENWIRKUNG**

Es lag ein **Problem/Fehler im optimalen Medikationsprozess** als Ursache vor:

Nein  Ja, nämlich

Es lag ein **Qualitätsmangel** am Arzneimittel als Ursache vor:

Nein  Ja, nämlich

Startdatum der Nebenwirkung: \_\_\_\_\_

Zeit zwischen Arzneimittelgabe und Nebenwirkung \_\_\_\_\_

Auftrittsland:  Deutschland

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Beschreibung des Arzneimittelrisikos / der Nebenwirkung:

Die Nebenwirkung war **schwerwiegend**:  Nein

- tödlich
- lebensbedrohend
- Krankenhausaufnahme verursacht/verlängert
- bleibende Behinderung / Invalidität
- Geburtsfehler / kongenitale Anomalie
- unbekannt / keine Angabe möglich

Ausgang der Nebenwirkung:

- tödlich
- ohne Schaden erholt am: \_\_\_\_\_
- Besserung
- keine Besserung / andauernd
- mit bleibendem Schaden erholt
- unbekannt

Wurde die Nebenwirkung **behandelt**?  Nein

unbekannt  Ja, nämlich

Wurde das/die verdächtige(n) Arzneimittel:

Aufgrund der Nebenwirkung **abgesetzt**?

Nein  unbekannt  Ja, Beschreibung

Nach der Erholung **wieder angesetzt**?

Nein  unbekannt  Ja, Beschreibung:

Kam es durch das Wiedersetzen **erneut zu(r)** Nebenwirkung(en)?

Nein  unbekannt  Ja, Beschreibung:

**BERICHTENDE PERSON**

Qualifikation:  Ärztin/Arzt  Apothekerin/Apotheker  Pflegekraft

anderer Gesundheitsberuf  Patientin/Patient

Sonstige:

Land des Wohnsitzes:  Deutschland  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten für Rückfragen: