

Bitte zusenden an : pillenpeter@pillenpeter.de oder Faxnummer 0201 8465197

BERICHTSBOGEN ZUR MELDUNG VON ARZNEIMITTELRSIKEN

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie in direkten Zusammenhang mit dem Arzneimittel bringen oder sollten Sie an Ihrem Arzneimittel einen Qualitätsmangel feststellen, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen und evtl. das betreffende Arzneimittel an uns zurückzusenden.

Angabe zum Patienten

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Telefon _____

E-Mail _____ Alter, Geschlecht _____

Bezeichnung des Arzneimittels

Darreichungsform (Tabletten, Saft, Creme, etc.) _____ Packungsgröße _____

Hersteller/Importeur _____ Chargen-Bez. (Verwendbar bis) _____

Bezugsdatum _____

Beanstandung der Produktqualität

(Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung)

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? _____

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? _____

Worauf führen die Mängel zurück? _____

Beanstandung aufgrund unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? _____

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen? _____

Erfolgte die Einnahme des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung? _____

Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel? _____

Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet? _____

Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein? _____