



Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Mundipharma GmbH

ADR De-Saint-Exupéry-Str. 10
60549 Frankfurt am Main
Deutschland
TEL +49 69 50 60 29-000
WEB mundipharma.de

Mail innerhalb von 24 Stunden an:
arzneimittelsicherheit@
mundipharma.de

Eingangsvermerk		Patient / in	
		Initialien:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Alter:	Gewicht: kg	Größe: cm	Schwangerschaft: Monat

ID / Beobachtete unerwünschte Wirkung

Fall-Nr./Abk./ID-Zeichen des Melders:	Aufgetreten am:
UAW:	Dauer:

Arzneimittel (Bezeichnung/Darreichungsform/PZN/ Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Anwendungsdauer		Indikation
			Von:	Bis:	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5
Bitte kreuzen Sie mind. 1 Arzneimittel an.

Krankheiten & anamnestische Besonderheiten (z.B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/Nierenfunktionsstörungen) _____

Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Laborwerte mit Datum) _____

Maßnahmen / Therapie _____

Das Beilegen des Arztbriefes und/oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich.

Folgen der vermuteten UAW

- Tod
- lebensbedrohend
- ohne Schaden erholt
- Krankenhausaufenthalt
- Krankenhausaufenthalt verlängert
- noch nicht erholt
- bleibende Schäden oder Behinderung
- vorübergehend schwer beeinträchtigt
- Sonstiges: _____
- unbekannt

Therapieabbruch nach UAW

- ja nein keine Angabe

Besserung nach Therapieabbruch

- ja nein keine Angabe

Verschlechterung nach erneuter Gabe

- ja nein keine Angabe

Name d. Arztes, Apothekers, o.a.

- Arzt Apotheker
- Sonstiges Fachrichtung

Klinik ja nein

Anschrift: _____

Tel: _____

Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____