



## Meldung über eine Arzneimittel-Nebenwirkung

<b>Patient</b> (Initialen oder Kenn-Nummer)	<b>Geburtsjahr/Alter</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Schwangerschaft</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Datum/Zeitraum des Auftretens der Nebenwirkung:</b>			
<b>Beschreibung der Nebenwirkung:</b>			
<b>Verwendetes Arzneimittel + Indikation</b>	<b>Dosierung</b>	<b>Gesamter Zeitraum der Anwendung des Arzneimittels</b>  von dd-mm-yy bis dd-mm-yy	
<b>Zusammenhang Arzneimittel - Nebenwirkung</b> <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> unbekannt			
<b>Weitere verabreichte Arzneimittel</b>	<b>Dosierung</b>	<b>Zeitraum der Anwendung</b>	
<b>Behandlung der Nebenwirkung:</b>			
<b>Andere Erkrankungen/Bemerkungen</b> (z.B. Allergien, Nikotin, Alkohol, Stoffwechselfizite usw.):			
<b>Verlauf der Nebenwirkung:</b> <input type="checkbox"/> schwerwiegend (tödlich, lebensbedrohend, (verlängerter) Spitalsaufenthalt, bleibende Schäden, kongenitale Abnomalie, medizinisch signifikant) <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend			
<b>Ausgang der Nebenwirkung:</b> <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibender Schaden <input type="checkbox"/> unbekannt			
<b>Meldender Arzt</b> (Name, Kontaktdaten)		<b>Mitarbeiter:</b>	
		<b>Datum:</b>	
Stempel/Datum/Unterschrift			