

Collini- Apotheke Collinistr. 11 68161 Mannheim Tel: 0621-1226780		FB Versand AM-Risiken
--	---	------------------------------

Berichtsbogen zur Meldung von Arzneimittelrisiken

Sollten während der Anwendung Ihrer/s Arzneimittel/s unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie in direkten Zusammenhang damit bringen oder sollten Sie einen Qualitätsmangel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen und evtl. das/die betreffende/n Arzneimittel an uns zurückzusenden.

Name, Vorname:		
Straße, Haus-Nr.:		
Postleitzahl, Ort:		
Tel.:	Fax:	E-Mail:
Angabe zum Patienten:		
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> Alter: _____		
Bezeichnung des Arzneimittels:		
Darreichungsform (Tabletten, Saft, Creme usw.): _____		
Packungsgröße: _____		
Hersteller/Importeur: _____		
Chargen-Bez.: _____		Verwendbar bis: _____
Bezugsdatum: _____		
Beanstandung der Produktqualität (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung usw.)¹:		
Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt?		
Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert?		
Worauf führen Sie die Mängel zurück?		
<small>¹ Bitte senden Sie das Arzneimittel sicher und hygienisch verpackt und möglichst in der Original-Verpackung an die Apotheke.</small>		
Information über unerwünschte Arzneimittelwirkungen:		
Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?		
In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel angewandt?		
Erfolgte die Anwendung des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Seit wann wenden Sie das Arzneimittel an?		
Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet?		
Wenden Sie das Arzneimittel trotz der unerwünschten Wirkung weiterhin ein?		
Datum:		Unterschrift: