FRESENIUS KABI	Gültig	ASOPPV00640D_A02
	Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Version: 9
		Gültig ab: 21.08.2026
		Seite 1 von 2

Pharmakovigilanz
Fresenius Kabi Austria GmbH
Hafnerstraße 36, 8055 Graz, Österreich

Internet: www.fresenius-kabi.at
E-Mail: pharmacovigilance.AT@fresenius-kabi.com
Tel.: +43 316 249 - 0

A. Patient/in

Initialen:	Geburtsdatum:	Alter/Altersgruppe:	Geschlecht:	Schwangerschaft:	Gewicht:	Größe:
_____	_____	_____	☐ w ☐ m	_____Woche	_____kg	_____cm

B. Meldende Person:

Ist die meldende Person Angehörige/r eines Gesundheitsberufes ☐ ja ☐ nein

wenn ja:	Wenn nein, bitte geben Sie die Kontaktdaten des Anwenders/Patienten bekannt:
☐ Arzt ☐ Apotheker ☐ Andere _____ Name der meldenden Person: Anschrift: Telefonnummer: E-Mail:	☐ Anwender (Betreuungsperson oder Andere) ☐ Patient Name der meldenden Person: Anschrift: Telefonnummer: E-Mail:

Einverständnis zur Kontaktaufnahme von Fresenius Kabi mit dem Anwender/Patienten zur Einholung weiterer Informationen? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend

Einverständnis zur weiteren Kontaktaufnahme von Fresenius Kabi mit Angehörigen von Gesundheitsberufen? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend

Anmerkung: Bitte füllen Sie die obenstehenden Kontaktdaten des Angehörigen eines Gesundheitsberufes entsprechend aus.

C. Arzneimittel (Handelsname oder Wirkstoff / Darreichungsform)	Chargennummer*	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung [Datum/ Uhrzeit] von	bis	Indikation
1						
2						
3						
4						
5						

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

*Wenn die Chargennummer des verdächtigen Arzneimittels von Fresenius Kabi nicht verfügbar ist, geben Sie bitte den/die entsprechenden Grund/Gründe an: "**angefragt, aber nicht bekannt**", "**nicht verfügbar & keine Zustimmung zur Nachverfolgung erhalten**" oder "**nicht verfügbar und Nachverfolgung beantragt**".

D. Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung/en (UAW) [Bitte beschreiben Sie die Reaktion(en) und die durchgeführte Behandlung der unerwünschten Arzneimittelwirkung]:

Aufgetreten am :_____ Aufgehört am:_____ Dauer:_____

Nicht-Schwerwiegend ☐ **Schwerwiegend** ☐

Wenn schwerwiegend, Schweregrad der vermuteten Nebenwirkung/en

☐ Tod (Autopsie: ☐ ja ☐ nein)
☐ lebensbedrohend
☐ Krankenhausaufenthalt (stationäre Aufnahme) oder Verlängerung
☐ bleibende Schäden oder Behinderung
☐ Anderes bedeutendes medizinisches Ereignis

Ausgang des Ereignisses

☐ unbekannt
☐ ohne Schaden erholt
☐ mit Folgen erholt
☐ noch nicht erholt
☐ am Erholen

Therapieabbruch nach UAW

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Besserung nach Therapieabbruch

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Verschlechterung nach erneuter Gabe

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

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

E. Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten (z. B. zugrundeliegende und begleitende Krankheiten, andere Medikamente, Allergien, Rauchen, Alkohol, Verschlechterung der Leber- und Nierenfunktion):

F. Relevante Untersuchungsergebnisse und Laborergebnisse (mit Datum und Normbereich):

G. Bogen ausgefüllt von:

Name: Datum & Unterschrift: