

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Quality Management Fresenius Kabi – Vigilance
Fresenius Kabi Deutschland GmbH
Else-Kröner-Straße 1
61352 Bad Homburg, Deutschland

Internet: www.fresenius-kabi.com/de/medizinische-notfaelle
E-Mail: pharmacovigilance@fresenius-kabi.com
complaints-fkd@fresenius-kabi.com
T +49 6172 686 2700
F +49 6172 686 4505 oder +49 6172 686 2701

Fallnummer Fresenius Kabi:

Patient/in		Beobachtete unerwünschte Wirkung/en	
Initialen	Geburtsdatum		
Geschlecht	Schwangerschaft		
☐ w ☐ m	. Monat		
Gewicht	Größe		
kg	cm		
		Aufgetreten am . .	Dauer

Arzneimittel (Handelsname oder Wirkstoff)	Chargen- nummer*	Applika- tion	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
				von	bis	
1						
2						
3						
4						
5						

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

* ☐ Chargennummern liegen nicht vor / sind unbekannt.

Schweregrad der vermuteten Nebenwirkung ☐ Schwerwiegend ☐ Nicht schwerwiegend ☐ Tod (Sektion: ☐ ja ☐ nein) ☐ lebensbedrohend ☐ Krankenhausaufenthalt (stationäre Aufnahme oder Verlängerung) ☐ bleibende Schäden oder Behinderung ☐ Sonstiges:	Ausgang des Ereignisses ☐ Tod ☐ ohne Schaden erholt ☐ noch nicht erholt ☐ bleibende Schäden oder Behinderung ☐ unbekannt ☐ Sonstiges:	Therapieabbruch nach UAW ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe Besserung nach Therapieabbruch ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe Verschlechterung nach erneuter Gabe ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe
---	--	---

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Krankheiten und andere 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.

Meldende Person:

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

wenn ja: ☐ Apotheker
☐ Arzt
☐ Krankenpfleger/in

Name der meldenden Person:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Einverständnis zur weiteren Kontaktaufnahme: ☐ ja ☐ nein ☐ nichtzutreffend

Bogen ausgefüllt von (falls abweichend von Melder):

Datum:

Unterschrift: