

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Quality Management Fresenius Kabi – Vigilance  
 Fresenius Kabi Deutschland GmbH  
 Borkenberg 14  
 61440 Oberursel, Deutschland

Internet: [www.fresenius-kabi.com/de/medizinische-notfaelle](http://www.fresenius-kabi.com/de/medizinische-notfaelle)  
 Email: [pharmacovigilance@fresenius-kabi.com](mailto:pharmacovigilance@fresenius-kabi.com)  
 T +49 6172 686 8200  
 F +49 6172 686 4505

## Fallnummer Fresenius Kabi:

<b>Patient/in</b>		<b>Beobachtete unerwünschte Wirkung/en</b>	
Initialen	Geburtsdatum		
Geschlecht	Schwangerschaft		
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	. Monat		
Gewicht	Größe		
kg	cm	Aufgetreten am . . .	Dauer

Arzneimittel (Handelsname oder Wirkstoff)	Chargennummer*	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
				von	bis	
<b>1</b>						
<b>2</b>						
<b>3</b>						
<b>4</b>						
<b>5</b>						

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

\*  Chargennummern liegen nicht vor / sind unbekannt

<b>Schweregrad der vermuteten Nebenwirkung</b> <input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (stationäre Aufnahme oder Verlängerung) <input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<b>Ausgang des Ereignisses</b> <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt <input type="checkbox"/> noch nicht erholt <input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> unbekannt	<b>Therapieabbruch nach UAW</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe  <b>Besserung nach Therapieabbruch</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe  <b>Verschlechterung nach erneuter Gabe</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
---	--	---

<b>Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten</b> (z. B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/Nierenfunktionsstörungen)
<b>Relevante Untersuchungsergebnisse</b> (z. B. Laborwerte mit Datum)
<b>Maßnahmen / Therapie</b>

**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: