

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



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

Internet: www.fresenius-kabi.de/vigilance
 Email: pharmacovigilance@fresenius-kabi.com
 T +49 6172 686 4504
 F +49 6172 686 4505

Patient/in	
Initialen	Geburtsdatum
Geschlecht	Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	. Monat
Gewicht	Größe
kg	cm

Beobachtete unerwünschte Wirkung	
Aufgetreten am . .	Dauer

Arzneimittel (Genauere Bezeichnung / Darreichungsform / Ch.-B.)	Applikation	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.

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

Folgen der vermuteten UAW <input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (verlängert) <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
Therapieabbruch nach UAW <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Besserung nach Therapieabbruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Verschlechterung nach erneuter Gabe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

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

Name der meldenden Person:	Datum:
Anschrift / Klinik:	
Telefonnummer:	_____
Email:	Unterschrift