



## BERICHTSBOGEN ZUR MELDUNG VON ARZNEIMITTELRISIKEN

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie in direkten Zusammenhang mit dem Arzneimittel bringen oder sollten Sie an Ihrem Arzneimittel einen Qualitätsmangel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und das betreffende Arzneimittel an uns zurückzusenden.

Name, Vorname:	_____		
Straße, Haus-Nr.:	_____		
Postleitzahl, Ort:	_____		
Telefon:	Fax:	E-Mail:	
_____	_____	_____	

Bezeichnung des Arzneimittels:	_____		
Darreichungsform (Tabletten, Saft, Creme, usw.)	_____		
Packungsgröße:	Hersteller/Importeur:	_____	
_____	_____	_____	
Chargen-Nr.:	Verwendbar bis:	_____	
_____	_____	_____	
Bezugsdatum:	_____		

**Beanstandung der Produktqualität** \* (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung, uws.):

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? \_\_\_\_\_

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? \_\_\_\_\_

Worauf führen Sie die Mängel zurück? \_\_\_\_\_

\* Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Original-Verpackung an die Apotheke!

**Beanstandung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen:**

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? \_\_\_\_\_

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen? \_\_\_\_\_

Erfolgt die Einnahme des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung? \_\_\_\_\_

Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel? \_\_\_\_\_

Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein? ja  nein