

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen



Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle)

an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gemäß der Berufsordnung für Ärzte

Postfach 120864 • 10598 Berlin

Fax: 030 / 400456-555 • Tel.: 030 / 400456-500 • www.akdae.de

**Patient / in**

Initialen \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ Schwangerschaft \_\_\_\_\_

\_\_\_ w \_\_\_ m \_\_\_\_\_ . Monat

Gewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm

**Beobachtete unerwünschte Wirkung**

\_\_\_\_\_

Aufgetreten am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Dauer \_\_\_\_\_

Arzneimittel (Genauere Bezeichnung / Darreichungsform / PZN / 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, ggf. ICD-Codierung)

\_\_\_\_\_

**Relevante Untersuchungsergebnisse**  
(z. B. Laborwerte mit Datum)

\_\_\_\_\_

**Maßnahmen / Therapie**

\_\_\_\_\_

**Folgen der vermuteten UAW**

Tod (Sektion:  ja  nein)

lebensbedrohend

ohne Schaden erholt

Krankenhausaufenthalt

Krankenhausaufenthalt verlängert

noch nicht erholt

bleibende Schäden oder Behinderung

medizinisch schwerwiegend

Sonstiges:

unbekannt

**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.**

Name des Arztes: \_\_\_\_\_ Klinik:  ja  nein Datum: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_