

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle) an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gemäß der Berufsordnung für Ärzte

Postfach 12 08 64 • 10598 Berlin • Telefax: (030) 400456 -555 • Telefon: (030) 400456 -500

Pat.Init. — —	Geburtsdatum — — — — —	Geschlecht m ☐ w ☐	Größe (cm) — — — —	Gewicht (kg) — — — —	ethn. Zugeh.	Schwangersch.- Monat: — —
Beobachtete unerwünschte Wirkungen aufgetreten am: — — — — — Dauer: — — — — Stunden — — — — Tage lebensbedrohlich? ja ☐ nein ☐						
Arzneimittel/Darreichungsform ggf. Chargenbezeichnung		Tagesdosis	Applikation	gegeben von/bis	wegen	
①						
②						
③						
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. ① ② ③		dieses früher verabreicht ja ☐ nein ☐		vertragen ja ☐ nein ☐		ggf. Reexposition nein ☐ neg. ☐ pos. ☐
Grunderkrankung (ggf. ICD-Codierung):				Begleiterkrankungen: (ggf. ICD-Codierung)		
Anamn. Besonderheiten , z. B.: Alkohol ☐ Allergien* ☐ Arzneimittelabusus* ☐ Diät ☐ Implantate ☐ Kontrazeptiva ☐ Rauchen ☐ Sonstige: * weitere Erläuterungen:						
Veränderung von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung:						
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:						
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt ☐ wiederhergestellt mit Defekt ☐ noch nicht wiederhergestellt ☐ unbekannt ☐ Exitus ☐ Sektion: ja ☐ nein ☐						
Weitere Bemerkungen (z. B. Todesursache): ► Das Beilegen des Arztbriefes und/oder des Krankenhausentlassungsbriefes ist in Fällen schwerer UAW hilfreich. ◀						
Wer wurde zusätzlich informiert:		BfArM ☐	Hersteller ☐	PEI ☐	Sonstige:	
Name des Arztes:		Klinik: ja ☐ nein ☐ (ggf. Stempel)			Datum:	
Fachrichtung:						
Anschrift:						
Telefon-Nr.:				Unterschrift		