



Datum des Kontaktes (tt/mm/jjjj) \* : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Uhrzeit : \_\_\_\_\_

**Persönliche Informationen des Meldenden :**

- Arzt Fachgebiet\* : \_\_\_\_\_  
 Apotheker  Patient  
 Sonstiges (präzisieren) : \_\_\_\_\_

Geschlecht :  weiblich  männlich

Geburtsdatum : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vorname\* : \_\_\_\_\_ Nachname\* : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stadt : \_\_\_\_\_ Postleitzahl : \_\_\_\_\_ Land\* : \_\_\_\_\_

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

E-Mail-Adresse\* : \_\_\_\_\_

**Informationen zum betreffenden Patienten :**

Geschlecht\* :  weiblich  männlich

Geburtsdatum : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vorname (erster Buchstabe) : | \_ |

Nachname (erste drei Buchstaben) : | \_ \_ \_ |

**Verdächtiges Arzneimittel :**

Name des Produkts\* : \_\_\_\_\_

Verwendungszweck des Medikaments : \_\_\_\_\_

Chargennummer: \_\_\_\_\_

**Beobachtetes unerwünschtes Ereignis (Beschreibung):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ereignisdatum : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**Ausgang/ Ergebnis:**

Geheilt

Nicht geheilt

Anderer Zustand (*präzisieren* : \_\_\_\_\_ )

Unbekannt

\*Pflichtfelder

Alle auf dem Berichtsbogen angegebenen, patienten- und arztbezogenen Daten werden den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechend vertraulich behandelt.