

Fährn Apotheke OHG Provinzialstr. 33-35 53859 Niederkassel Tel: 0228/450010	 Fährn-Apotheke	FB Meldung Arzneimittelrisiken
Rev.: 1 vom: 02.01.2023	Seite 1 von 2	Freigabe: 02.01.2023

Berichtsbogen zur Meldung von Arzneimittelrisiken

Sollten während der Anwendung Ihrer/s Arzneimittel/s unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie in direkten Zusammenhang damit bringen oder sollten Sie einen Qualitätsmangel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen und evtl. das/die betreffende/n Arzneimittel an uns zurückzusenden. Unabhängig davon können Sie Risiken von Arzneimitteln auch direkt an die Behörde melden unter https://nebenwirkungen.pei.de/nw/DE/home/home_node.html

Name, Vorname:		
Straße, Haus-Nr.:		
Postleitzahl, Ort:		
Tel.:	Fax:	E-Mail:
Angabe zum Patienten:		
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> Alter: _____		
Bezeichnung des Arzneimittels:		
Darreichungsform (Tabletten, Saft, Creme usw.): _____		
Packungsgröße: _____		
Hersteller/Importeur: _____		
Chargen-Bez.: _____	Verwendbar bis: _____	
Bezugsdatum: _____		
Beanstandung der Produktqualität (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung usw.)¹:		
Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt?		
Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert?		
Worauf führen Sie die Mängel zurück?		
¹ Bitte senden Sie das Arzneimittel sicher und hygienisch verpackt und möglichst in der Original-Verpackung an die Apotheke.		
Information über unerwünschte Arzneimittelwirkungen:		
Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?		
In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel angewandt?		
Erfolgte die Anwendung des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Seit wann wenden Sie das Arzneimittel an?		
Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet?		

Fähren Apotheke OHG Provinzialstr. 33-35 53859 Niederkassel Tel: 0228/450010	 Fähren-Apotheke	FB Meldung Arzneimittelrisiken
Rev.: 1 vom: 02.01.2023	Seite 2 von 2	Freigabe: 02.01.2023

Wenden Sie das Arzneimittel trotz der unerwünschten Wirkung weiterhin ein?

Datum:

Unterschrift: