

Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen auftreten, die Sie in direkten Zusammenhang mit dem Arzneimittel bringen oder sollten Sie an Ihrem Arzneimittel Qualitätsmängel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen und wenn möglich das betreffende Arzneimittel an uns zurückzusenden oder direkt mit uns Kontakt aufzunehmen.

Angaben zum betroffenen Patienten / zur betroffenen Patientin

Name, Vorname *	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Patientenetikette (falls vorhanden)</div>
Strasse, Hausnummer *	
Postleitzahl, Ort *	
Geburtsdatum *	
Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Telefonnummer *	
E-Mail	
Kontaktperson (falls abweichend)	

Informationen über das Arzneimittel

Bezeichnung des Arzneimittels * (z.B. Ramipril Mepha Tabl 2.5mg)
.....

Packungsgrösse Hersteller

Charge (oft als LOT bezeichnet) *

Verfalldatum (oft als EXP bezeichnet) *

Bezugsdatum (in Apotheke) *

