



Mitteilung zur Meldung von Arzneimittelrisiken

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Wenn Sie Mängel an der Qualität Ihres bestellten Arzneimittels oder unerwünschte Nebenwirkungen nach der Einnahme des Medikamentes feststellen, teilen Sie uns dies bitte mit. Nutzen Sie dazu bitte diesen Vordruck und senden Sie ihn uns, zusammen mit dem Medikament zurück. – Vielen Dank!



Name, Vorname _____
Straße, Nummer _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Angaben zum Patienten Geschlecht m w geboren am _____

Bezeichnung des Arzneimittels _____
Darreichungsform (Tabletten, Saft, Creme usw.) _____
Packungsgröße _____ Hersteller / Importeur _____
Chargen-Bez. _____ Verwendbar bis _____

Mängel an der Produktqualität* (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, usw.)

*Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Original-Verpackung an unsere Apotheke zurück.

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? _____

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? _____

Worauf führen sie die Mängel zurück? _____

Beanstandungen aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen:

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? _____

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel angewendet? _____

Erfolgte die Anwendung des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung? Ja Nein

Seit wann wenden Sie das Arzneimittel an? _____

Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet? _____

Wenden Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin an? Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____