

apolife Mühlen-Apotheke
Holzhauser Str.8
32257 Bünde

Berichtsbogen zur Meldung von beobachteten Qualitätsmängeln und unerwünschten Wirkungen bei Arzneimitteln

Name, Vorname:.....Geburtsdatum:.....
Straße:.....PLZ/Ort:.....

Bezeichnung des Arzneimittels:.....
Darreichungsform (Tabletten etc.):.....
Packungsgröße:.....Hersteller:.....
Chargen-Bezeichnung:.....Verfalldatum:.....
Bezogen von:.....Bezogen am:.....
angebrochen am:.....

I. Beobachtungen zur pharmazeutischen Qualität; Grund der Beanstandung
(Deklaration, Verpackung, Beschädigung des Arzneimittels, Verdunstung, Zersetzung, Verfärbung, Flocken, Trübung, Entmischung, Vermischung etc.)

.....
.....
.....

II. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

(welche?).....

.....
Anwendung von.....bis.....Dosierung tgl.
Erfolgte die Anwendung auf ärztliche Verordnung? ja nein
Weitere Anwendung nach Auftreten der Nebenwirkung? ja
nein
Bestehen Nebenwirkungen nach Absetzen weiter? ja nein
Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet?

.....
Mit der Weitergabe dieser Daten an die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker

bin ich einverstanden: ja nein anonym

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift