



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 betroffenen Patienten :

Geschlecht* : weiblich männlich

Geburtsdatum : ___/___/___

Vorname (erster Buchstabe) : |__|

Nachname (erste drei Buchstaben) : |__|__|

Verdächtiges Medizinprodukt :

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 angegeben patienten- und arztbezogenen Daten werden den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes entsprechend vertraulich behandelt.