

Bitte zurücksenden oder faxen an:

E-Mail: safetydephc.im@pg.com / Fax-Nr.: 0 61 51 – 7 29 04 15

Fall-Nr.	Patienten-Initialen	Geburtsdatum	Alter	Geschlecht	Schwangerschafts- woche
	Vorname <input type="text"/> Nachname <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> div.	<input type="text"/>

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (auch keine Wirkung, Fehlanwendung) *

aufgetreten am: _____ Dauer: _____
Falls Befunde (z. B.: Labor) vorhanden, bitte beifügen

Verdächtige Arzneimittel/ Packungsgröße	Chargen- Nummer	Tages- Dosis	Applikationsweg (z.B. oral, kutan,...)	gegeben von/bis	Wofür wurde das Arzneimittel angewendet?

Ist das Arzneimittel zuvor schon einmal verwendet worden? Ja Nein weiß nicht
 Falls ja: Ist die UAW damals auch aufgetreten? Ja Nein weiß nicht

Sonstige Medikamente*

Name	Indikation	Dosis / seit wann, wie lange?

Verlauf und Therapie der UAW*

Arzt konsultiert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Krankenhauseinweisung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Lebensbedrohend	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dosis verändert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Arzneimittel abgesetzt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Ausgang der UAW

wiederhergestellt bleibender Schaden noch nicht wiederhergestellt unbekannt Tod
 Details: _____

Anamnestische Besonderheiten

Nikotin Alkohol Schrittmacher Kontrazeptiva Stoffwechselstörung
 Implantate Strahlentherapie Diät Arzneimittelabusus
 Allergie/Unverträglichkeit: welche: _____

Grunderkrankungen/Begleiterkrankungen*

Wie beurteilen Sie den Zusammenhang zwischen dem Arzneimittel und der UAW

gesichert wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich kein Zusammenhang nicht zu beurteilen
 weil: _____

Wer wurde sonst noch informiert: Arzneimittel-Kommission BfArM sonstige: _____

Hinweis zum Datenschutz

Merck Selbstmedikation GmbH verarbeitet Ihre Daten zum Zwecke der Bearbeitung Ihrer Anfrage. Liegt eine Information zu Produktrisiken vor, geben wir die Meldung an unsere Abteilung Global Product Safety weiter, um den gesetzlichen Meldepflichten gegenüber Behörden (weltweit) zu Produktrisiken nachkommen zu können. Wir speichern Ihre Daten in der Regel 10 Jahre zur Wahrung unserer Rechte und aus gesetzlichen Verpflichtungen ggf. länger (liegt eine mögliche Information zu Produktrisiken vor, so verlängert sich die Speicherfrist auf Dauer der Zulassung des Produkts plus 30 Jahre). Eine Weitergabe Ihrer Daten an verbundene Gesellschaften und Dienstleister kann erfolgen, wenn diese mit der Bearbeitung von Anfragen beauftragt sind. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz, zu Ihren Rechten und deren Geltendmachung finden Sie unter https://www.pg.com/privacy/german/privacy_statement.shtml. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung sind Art. 6 (1) b) für die Anfrage und Art. 6 (1) c) EU-Datenschutz-Grundverordnung im Falle von Nebenwirkungen.

Name des Berichtenden in Blockbuchstaben:	Name des Apothekers/Arztes in Blockbuchstaben Datum	Unterschrift/Stempel des Apothekers/Arztes:
Datum und Unterschrift:		

*(ggf. ein Zusatzblatt verwenden)