zur Rose

Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW)

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 Patienten

Name, Vorname: _____

Kundennr. (falls vorhanden): _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel: _____

E-Mail: _____

Geschlecht: ○ m ○ w Geburtstag: _____

Bezeichnung des Arzneimittels

Darreichungsform (Kaps, Tabl, etc.): _____

Packungsgrösse: _____

Hersteller: _____ Chargenbezeichnung: _____

Bezugsdatum: _____ Verwendbar bis: _____

Beanstandung des Arzneimittels (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Trübung etc.)

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? _____

_____

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? _____

Worauf führen Sie die Mängel zurück? _____

_____

Bitte senden Sie das Medikament Original verpackt an uns!

Beanstandungen aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen:

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? _____

_____

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen/angewendet? _____

_____

Seit wann nehmen/verwenden Sie das Arzneimittel? _____

Werden/wurden andere Arzneimittel gleichzeitig verwendet? Wenn Ja, welche? _____

_____

Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein? _____

Datum _____ **Unterschrift** _____

Zur Rose Suisse AG | Walzmühlestrasse 60 | Postfach | 8500 Frauenfeld
T 0800 711 222 | team@zurrose.ch | zurrose.ch