

## 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 \_\_\_\_\_