



## Mitteilung zur Meldung von Arzneimittelrisiken

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Wenn Sie Mängel an der Qualität Ihres bestellten Arzneimittels oder unerwünschte Nebenwirkungen nach der Einnahme des Medikamentes feststellen, teilen Sie uns dies bitte mit. Nutzen Sie dazu bitte diesen Vordruck und senden Sie ihn uns, zusammen mit dem Medikament zurück. – Vielen Dank!



Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Nummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
**Angaben zum Patienten**      Geschlecht  m  w      geboren am \_\_\_\_\_

**Bezeichnung des Arzneimittels** \_\_\_\_\_  
Darreichungsform (Tabletten, Saft, Creme usw.) \_\_\_\_\_  
Packungsgröße \_\_\_\_\_ Hersteller / Importeur \_\_\_\_\_  
Chargen-Bez. \_\_\_\_\_ Verwendbar bis \_\_\_\_\_

**Mängel an der Produktqualität\*** (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, usw.)  
\*Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Original-Verpackung an unsere Apotheke zurück.  
Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Worauf führen sie die Mängel zurück? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beanstandungen aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen:**  
Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel angewendet? \_\_\_\_\_  
Erfolgte die Anwendung des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung?  Ja  Nein  
Seit wann wenden Sie das Arzneimittel an? \_\_\_\_\_  
Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Wenden Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin an?  Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_