BERICHT ÜBER UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNGEN (auch Verdachtsfälle)

an die Firma **Sandoz Pharmaceuticals GmbH**, Raiffeisenstraße 11, 83607 Holzkirchen,
Tel.: 08024-902 4-0 (Zentrale), Fax: 08024-902-4-531

SANDOZ

	Pat. Init.	Geburtsdatum	Geschlecht	Größe	Gewicht	Schwangerschafts-woche:
	N-name ☐ V-name ☐	☐☐☐☐☐☐	m ☐ w ☐	☐☐☐	☐☐☐	

Beobachtete unerwünschte Wirkungen aufgetreten am Dauer

Arzneimittel/Darreichungsform	Tages-dosis	Appli-kation	gegeben von/bis	wegen (Indikation)
1. Chrg.-Nr.				
2. Chrg.-Nr.				
3. Chrg.-Nr.				
4. Chrg.-Nr.				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4	dieses früher gegeben	vertragen	ggf. Reexposition
	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐	neg. ☐ pos. ☐

Grunderkrankung: Begleiterkrankungen:

Anamn. Besonderheiten: ☐ Nikotin ☐ Alkohol ☐ Kontrazeptiva ☐ Schrittmacher
☐ Implantate ☐ Strahlentherapie ☐ physikal. Therapie ☐ Diät ☐ Allergien*
☐ Stoffwechseldefekte ☐ Arzneimittelabusus* Sonstige:

* weitere Erläuterungen

Veränderung von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung: (ggf. Befund beifügen)

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: lebensbedrohend ja ☐ nein ☐

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:
☐ wiederhergestellt ☐ bleibender Schaden ☐ noch nicht wiederhergestellt ☐ unbekannt
☐ Exitus ☐ Sektion ja ☐ Sektion nein (ggf. Befund beifügen)
Todesursache:

Beurteilung des Kausalzusammenhangs: ☐ gesichert ☐ wahrscheinlich ☐ möglich
☐ unwahrscheinlich ☐ unbeurteilt ☐ nicht zu beurteilen

Weitere Bemerkungen:
(ggf. Anlage verwenden)

Wer wurde informiert: ☐ BfArM ☐ Pharmazeutischer Unternehmer ☐ Arznm.-Komm.-Ärzte Sonstige:

Name des Arztes: Fachrichtung: PLZ: Klinik: ☐ ja ☐ nein (ggf. Stempel)	Pharmazeutischer Unternehmer: Sandoz Pharmaceuticals GmbH Raiffeisenstraße 11 83607 Holzkirchen Telefon: 08024-902-4-0 Telefax: 08024-902-4-531	Datum: Unterschrift:

☐ Ich bin **nicht** mit der Weiterleitung meiner Daten (Namen/Anschrift) einverstanden.