	Gültig	ASOPPV00640D_A02
	Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Version: 8
		Gültig ab: 01.12.2023
		Seite 1 von 2

Pharmakovigilanz
Fresenius Kabi Austria GmbH
Hafnerstraße 36, 8055 Graz, Österreich

Internet: www.fresenius-kabi.at
Email: pharmacovigilance.AT@fresenius-kabi.com
Tel.: +43 316 249 1523 Fax: +43 316 249 81523

Fallnummer Fresenius Kabi:

A. Patient/in						
Initialen: _____	Geburtsdatum: _____	Alter/Altersgruppe: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Schwangerschaft: _____ . Monat	Gewicht: _____ kg	Größe: _____ cm


B. Meldende Person:	
Ist die meldende Person Angehörige/r eines Gesundheitsberufes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
wenn ja: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Andere _____ Name der meldenden Person: Anschrift: Telefonnummer: E-Mail:	Wenn nein, bitte geben Sie die Kontaktdaten des Anwenders/Patienten bekannt: <input type="checkbox"/> Anwender (Betreuungsperson oder Andere) <input type="checkbox"/> Patient Name der meldenden Person: Anschrift: Telefonnummer: E-Mail:
Einverständnis zur Kontaktaufnahme von Fresenius Kabi mit dem Anwender/Patienten zur Einholung weiterer Informationen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nichtzutreffend	
Einverständnis zur weiteren Kontaktaufnahme von Fresenius Kabi mit Angehörigen von Gesundheitsberufen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nichtzutreffend	
Anmerkung: Bitte füllen Sie die obenstehenden Kontaktdaten des Angehörigen eines Gesundheitsberufes entsprechend aus.	

C. Arzneimittel (Handelsname oder Wirkstoff / Darreichungsform)	Chargennummer*	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung		Indikation
				von	bis	
1						
2						
3						
4						
5						

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5 Bitte kreuzen Sie mind. ein Arzneimittel an.

*Wenn die Chargennummer des verdächtigen Arzneimittels von Fresenius Kabi nicht verfügbar ist, geben Sie bitte den/die entsprechenden Grund/Gründe an: "angefragt, aber nicht bekannt", "nicht verfügbar & keine Zustimmung zur Nachverfolgung erhalten" oder "nicht verfügbar und Nachverfolgung beantragt".

D. Beobachtete unerwünschte Wirkung/en [Bitte beschreiben Sie die Reaktion(en) und die Behandlung, die Sie erhalten haben]:		
Aufgetreten am: _____ Aufgehört am: _____ Dauer: _____		
Schweregrad der vermuteten Nebenwirkung/en <input type="checkbox"/> Tod (Sektion: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (stationäre Aufnahme oder Verlängerung) <input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung <input type="checkbox"/> Anderes bedeutendes medizinisches Ereignis:	Ausgang des Ereignisses <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> ohne Schaden erholt <input type="checkbox"/> noch nicht erholt <input type="checkbox"/> bleibende Schäden oder Behinderung <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Therapieabbruch nach UAW <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe Besserung nach Therapieabbruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe Verschlechterung nach erneuter Gabe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

	Gültig	ASOPPV00640D_A02
	Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Version: 8
		Gültig ab: 01.12.2023
		Seite 2 von 2

Das **Beilegen des Arztbriefes und / oder des Krankenhausentlassungsbriefes** ist in Fällen schwerer UAW hilfreich.

E. Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten (z. B. zugrundeliegende und begleitende Krankheiten, andere Medikamente, Allergien, Rauchen, Alkohol, Verschlechterung der Leber- und Nierenfunktion):

F. Relevante Untersuchungsergebnisse (mit Datum und Normbereich):

G. Maßnahmen / Therapie

H. Bogen ausgefüllt von:

Name: _____ Datum & Unterschrift: _____