

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an: Devatis GmbH, Spitalstraße 22, 79539 Lörrach,
Tel.: 07621 914 5740, Fax: 07621 914 5720, E-Mail: info@devatis.de

Eingangsdatum:		Aufgenommen von:			Firmeninterne Fallnummer:	
Verdächtigtes Arzneimittel (AM):				Chargen-Nr.:		gegeben für Indikation:
				Verfallsdatum:		am (Datum):
Darr.-Form (z. B. Tabletten)	Stärke (z. B. in mg)	Tagesdosis (z. B. in mg)	Applikation (z.B. oral)	Verabreichungshäufigkeit	Therapiebeginn (Datum)	Therapieende (Datum)
Getroffene Maßnahme bzgl. des Produktes:		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unterbrochen <input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis erhöht <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> unbekannt				
Initialien des Patienten:	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Alter (Jahre)	Geschlecht		Ethnische Zugehörigkeit:	
/...../..... oder Geburtsjahr		weiblich <input type="checkbox"/> Größe: Gewicht: männlich <input type="checkbox"/> Größe: Gewicht:		Sonstiges:	
Ist die Patientin schwanger/stillt sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Falls eine Schwangerschaft besteht, Angabe der Schwangerschaftswoche:		
Art der NW:				NW aufgetreten am (Datum):		
Befunde bzw. sonstige Angaben siehe Anlage: <input type="checkbox"/>				Dauer der NW: bzw. von: bis:		
Kausalzusammenhang mit verdächtigtem AM:	gesichert <input type="checkbox"/>	wahrscheinlich <input type="checkbox"/>	möglich <input type="checkbox"/>	unwahrscheinlich <input type="checkbox"/>	kein Zusammenhang <input type="checkbox"/>	nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/>

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an: Devatis GmbH, Spitalstraße 22, 79539 Lörrach,
Tel.: 07621 914 5740, Fax: 07621 914 5720, E-Mail: info@devatis.de

Welche Kriterien treffen auf die NW zu?	<input type="checkbox"/> lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> verlängerter Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler <input type="checkbox"/> bleibende/schwerwiegende Behinderung <input type="checkbox"/> medizinisch bedeutsames Ereignis:	<input type="checkbox"/> führte zum Tod Todestag: Todesursache: Durch Autopsie bestätigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	Ausgang des Ereignisses: <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit bleibenden Schäden <input type="checkbox"/> Tod
--	---	--	---

Beschreibung der beobachteten Nebenwirkung:

Medizinische Vorgeschichte:

Begleitmedikation:

Produkt	Dosis	Stärke	Applikation	Verabreichungshäufigkeit	Therapiebeginn (Datum)	Therapieende (Datum)	Indikation	Zusammenhang mit NW (ja/nein)

Weitere Erkrankungen:

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an: Devatis GmbH, Spitalstraße 22, 79539 Lörrach,
Tel.: 07621 914 5740, Fax: 07621 914 5720, E-Mail: info@devatis.de

Meldende Person ist:	<input type="checkbox"/> Patient/-in	<input type="checkbox"/> Arzt/ Ärztin	<input type="checkbox"/> Kranken- schwester/ Pfleger	<input type="checkbox"/> Apothker/-in	<input type="checkbox"/> Betreuer/ kein(e) Ange- hörige(r) der Heilberufe	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte angeben:
-----------------------------	--------------------------------------	--	--	---------------------------------------	--	---

Stimmen Sie einer Kontaktaufnahme mit Ihnen oder Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin durch die Arzneimittelsicherheit von Devatis zu? ja nein

Kontaktinformation der meldenden Person oder des behandelnden Angehörigen der Heilberufe.

Falls keine Zustimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten vorliegt, tragen Sie bitte "Kontakt verweigert" ein

Meldende Person:

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Behandelnder Angehörige(r) der Heilberufe (auszufüllen, falls anders als meldende Person):

Vorname	Nachname	E-Mail	Telefonnummer	Faxnummer	Anschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück an:

Devatis GmbH, Spitalstraße 22, 79539 Lörrach,
Tel.: 07621 914 5740, Fax: 07621 914 5720, E-Mail: info@devatis.de