

# Meldung von unerwünschten Wirkungen / Qualitätsmängel

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.

**► Persönliche Daten**

Frau  Herr      Firma .....

.....      Krankenkasse .....

Titel .....

Vorname .....

.....      Versichertennummer .....

Name .....

.....      Telefon (tagsüber) .....

Straße und Hausnummer .....

.....      Telefon (abends) .....

PLZ .....

Ort .....

.....      Fax .....

Kunden-Nr. (falls vorhanden) .....

Geburtsdatum .....

.....      E-Mail .....

---

**► Bezeichnung des Arzneimittels**

PZN [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]      Bezugsdatum: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]      Verwendbar bis: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Bezeichnung des Arzneimittels: .....

Darreichungsform: \*\* .....

Packungsgröße: .....

Hersteller/Importeur: .....

Chargen-Bezeichnung: .....

\* Die 7-stellige PharmaZentralnummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes      \*\* Tabletten Saft, Creme usw.

---

**► Beanstandung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen**

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? .....

.....

.....

.....

Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet? .....

.....

.....

.....

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen? [ ][ ]      [ ][ ]      [ ][ ]

morgens      mittags      abends

Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel? [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Erfolgte die Einnahme des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung?  ja  nein

Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein?  ja  nein

---

**► Beanstandung der Produktqualität** (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung usw.)\*

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? .....

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? .....

Worauf führen Sie die Mängel zurück? .....

Sonstiges: .....

\* Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Originalverpackung an unsere Apotheke zurück.

X .....  
Ort, Datum

X .....  
Unterschrift