

Bericht über einen Verdachtsfall einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)	Meldung an: CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH Ziegelhof 24, 17489 Greifswald Tel.: 03834 - 451 1329 E-Mail: drugsafety@cheplapharm.com Fax: 03834 - 451 1349
---	---

Datenschutzhinweis: Als pharmazeutisches Unternehmen sind wir gesetzlich verpflichtet, Informationen zu möglichen Nebenwirkungen unserer Arzneimittel zu verarbeiten, zu speichern und an zuständige Gesundheitsbehörden weiterzugeben. Details können Sie unter <https://www.cheplapharm.com/datenschutz/> abrufen.

I. PATIENTENDATEN

Initialen* <input type="text"/>	Geburtsdatum* <input type="text"/>	Alter*	Geschlecht* männlich weiblich	Größe: cm Gewicht: kg	Studie/AWB nein ja:
------------------------------------	---------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------

*Bitte machen Sie mindestens eine der vorgenannten Identifizierungsangaben, um die unerwünschte(n) Nebenwirkung(en) den Behörden wirksam melden zu können.

Grunderkrankung(en):	Begleiterkrankungen:
----------------------	----------------------

II. UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG (UAW)

UAW (Diagnose):	UAW-Startdatum <input type="text"/>	UAW-Stoppdatum <input type="text"/>
-----------------	--	--

Weitere Beschreibung der UAW (Symptome, klinisches Bild, Diagnostik, Lokalisation, Laborwerte, Therapie und Verlauf):

Schwerwiegende UAW (Zutreffendes ankreuzen): <input type="checkbox"/> Tödlich <input type="checkbox"/> Lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung erforderlich oder verlängert <input type="checkbox"/> Behinderung/Invalidität <input type="checkbox"/> Kongenitale Anomalie/Geburtsfehler	Ausgang der UAW: <input type="checkbox"/> Wiederhergestellt <input type="checkbox"/> Besserung <input type="checkbox"/> Fortbestehend <input type="checkbox"/> Bleibende Schäden <input type="checkbox"/> Unbekannt Verstorben am, Datum: <input type="text"/>
--	---

III. PRÄPARATE (vor Auftreten der UAW)

Präparat(e)/ Substanz(en) Charge	Hersteller	Dosierung	Applikationsform	Therapiedaten (von/bis)	Indikation(en)	vermuteter kausaler Zusammenhang
I.						ja nein
II.						ja nein
III.						ja nein
IV.						ja nein

Wenn kein kausaler Zusammenhang zum CHEPLAPHARM-Präparat vermutet wird, geben Sie bitte die vermutete Ursache an!
 (z. B. Grunderkrankung, Begleiterkrankungen)

IV. RELEVANTE VORGESCHICHTE UND KOMMENTARE

Relevante Vorgeschichte und Kommentare:

V. DATEN DES BERICHTENDEN

Name, Vorname*:	Funktion*: Arzt Apotheker Patient/Angehöriger	Adresse*:
Zusätzlich berichtet an:		Telefon*: E-Mail*:
Datum, Unterschrift: <input type="text"/>		

* Wir benötigen den Namen des Meldenden und bei meldenden Heilberuflern die Berufsbezeichnung. Die Angabe mindestens einer Kontaktmöglichkeit ist für Rückfragen notwendig (Telefon, E-Mail und/oder Adresse).