

Dokumentationsbogen für unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Bitte füllen Sie die Pflichtfelder (*) aus und ergänzen Sie das Formular mit weiteren Informationen, sofern möglich.

Allergopharma GmbH & Co. KG
Arzneimittelsicherheit
Hermann-Körner-Str. 52
21462 Reinbek

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die Abteilung Arzneimittelsicherheit:

E-Mail: pharmacovigilance@allergopharma.com

Telefon: 040-72765712, Fax: 040-72765252

1. Angaben zum Berichterstatter

Melder ist (*): Patient
 Angehöriger

Kontaktdaten für Rückfragen (Angaben freiwillig):

2. Angaben zum Patienten

Initialen: _____
Nachname, Vorname

Geburtsdatum: _____
TT . MM . JJJJ

Alter: _____ Jahre

Geschlecht (*): männlich weiblich

3. Angaben zum verdächtigen Arzneimittel

Produktname (*):

Datum Therapiebeginn: _____
TT . MM . JJJJ

Datum Therapieende: _____
TT . MM . JJJJ

Allergenzusammensetzung:

Datum der letzten Verabreichung des Produktes: _____
TT . MM . JJJJ

Chargennummer:

Die Reaktion trat bei folgender Dosis auf:
_____ ml Stärke: _____ (1,2,3 oder A/B)

4. Beschreibung der Reaktion

Datum der Reaktion: _____
TT . MM . JJJJ

Dauer der Reaktion: _____ (Min./Std./Tage)

Die Reaktion ist _____ (Min./Std./Tage) nach Verabreichung des Arzneimittels aufgetreten.

Beschreibung der Reaktion (*):

Datum des Berichts: _____
TT . MM . JJJJ