

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen *

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV

Chausseestr. 13, 10115 Berlin -

mail to: m.rahn@bzaek.de

* Bitte beim Ausfüllen mit Texten an den blauen Linien beginnen!

Graue Felder
nicht ausfüllen!

Pat. Init.		Geburtsdatum		m	w
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation) - bitte unbedingt ausfüllen!

lebensbedrohlich: ja nein

aufgetreten am: | Dauer: |

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge:	Applikation:	wegen:
1.			
2.			
3.			
4.			

Vermuteter Zusammenhang mit: dieses früher gegeben: vertragen ggf. Reexposition

Arzneimittel ① ② ③ ④ ja nein ja nein neg. pos.

Allgemeinerkrankung

behandelt mit: |

Anamnestische Besonder Nikotin Alkohol Schwangersch. Kontrazeptiva Arzneim.Abusus

Sonstiges: |

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen: |

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

|

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergest. wiederhergest.m. Defekt noch nicht wiederherge. unbekannt: Exitus

(ggf. Befund beifügen) Todesursache |

Weitere Bemerkungen (z.B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.)

|

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM Hersteller Arznei.-Komm.Ärzte

sonstige | **Beratungsbrief erbeten**

Name des Zahnarztes - bitte unbedingt angeben!
(eventuell Stempel)

Klinisch tätig? ja nein

Datum: |

Bearbeiter: |

Praxisname: |

Straße/Haus-Nr. |

PLZ/Ort: |

Telefon/Fax: |