

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV

Chausseestr. 13, 10115 Berlin -

mail to: m.rahn@bzaek.de

Pat Init.

Geburtsdatum

m

w

Graue Felder
nicht ausfüllen!

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

lebensbedrohlich: ja ☐ nein ☐

aufgetreten am

Dauer:

Arzneimittel/Werkstoff:

Dosis,
Menge:

Appli-
kation

wegen:

1.

2.

3.

4.

Vermuteter Zusammenhang mit:

dieses früher gegeben: vertragen

ggf. Reexposition

Arzneimittel ? ? ? ?

ja ☐

nein ☐

ja ☐

nein ☐

neg. ☐

pos. ☐

Allgemeinerkrankung

behandelt mit:

Anamnestiche Besonder Nikotin ☐

Alkohol ☐

Schwangersch. ☐

Kontrazeptiva ☐

Arzneim.Abusus ☐

Sonstiges:

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten

nein ☐ ja ☐ gegen:

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiedhergest. ☐

wiedhergest.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: