



ARZNEIMITTELINFORMATION

Sehr geehrte PatientInnen!

BITTE MELDEN

Sie mittels umseitiger Meldekarte alle jene Fälle von Arzneimittel-Nebenwirkungen, die Ihnen bekannt werden, an

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen

Institut Pharmakovigilanz

Traisengasse 5, 1200 Wien

Fax: 050 555-36207

Alle **Angaben**, die Sie als Melder betreffen bzw. die zur Identifizierung des Patienten dienen könnten, **werden streng vertraulich behandelt** (keine Weitergabe an Dritte wie z.B.: pharmazeutische Unternehmen). Ihre Meldung dient **ausschließlich zur Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses** von Arzneimitteln.

Bitte melden Sie gemäß § 75h des Arzneimittelgesetzes

SOFORT und **DIREKT** an das **Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen – Institut Pharmakovigilanz**.

IHRE MELDUNG IST EIN WICHTIGER BEITRAG ZUR ARZNEIMITTELSICHERHEIT!

Bitte beachten Sie auch die Möglichkeit der elektronischen Meldung unter:

<http://www.basg.gv.at>



Bitte füllen Sie diese Karte möglichst vollständig aus und übermitteln Sie uns alle für diese Meldung
wichtigen und verfügbaren Unterlagen. Ihre Meldung wird vertraulich behandelt.

PATIENTENMELDUNG ÜBER EINE ARZNEIMITTEL-NEBENWIRKUNG (auch VERDACHTSFÄLLE)

Patient (Initialen– Vor- , Familienname)	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Größe	Gewicht	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Schw.-Woche
---	---------------------	---	-------	---------	--	-------------

Beschreibung der Nebenwirkung (ggf. mit Ergebnissen aus Laboruntersuchungen)

Datum / Zeit des Auftretens der Nebenwirkung:

Alle verwendeten Arzneimittel Genaue Bezeichnung (inkl. Chargennummer) verdächtigtes Medikament bitte mit X kennzeichnen!	Chargen - Nummer	Dosierung und Anwendungsart	Dauer der Anw. von - bis	Grund der Anwendung

Weitere Erkrankungen (z.B. Arzneimittel früher vertragen, Nikotin, Alkohol usw.), **andere Erkrankungen, Grundkrankheiten**

Behandlung der Nebenwirkung

Verlauf der Nebenwirkung

- tödlich lebensbedrohlich Spitalsaufenthalt
erforderlich / verlängert
- bleibende oder schwerwiegende
Behinderung / Invalidität Schaden beim Un- / Neugeborenen keines der genannten

Ausgang der Nebenwirkung

Gesundheitszustand wiederhergestellt JA NEIN UNBEKANNT

Meldender (Name, Adresse, Telefonnummer und E-mail)

Behandelnder Arzt (Name, Adresse, Telefonnummer)

Kopie E-Card oder **Lichtbildausweis** / Datum, Unterschrift