

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an:
Basics GmbH – Fax: 0800 8803883

| | | | |
|--|--|---|---|
| Welche Kriterien treffen auf die NW zu? | <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> verlängerter Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> kongenitale Anomalie/ Geburtsfehler <input type="checkbox"/> bleibende/ schwerwiegende Behinderung <input type="checkbox"/> medizinisch bedeutsames Ereignis: | <input type="checkbox"/> führte zum Tod Todestag: Todesursache: Durch Autopsie bestätigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt | Ausgang des Ereignisses: <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit bleibenden Schäden <input type="checkbox"/> Tod |
|--|--|---|---|

Beschreibung der beobachteten Nebenwirkung:

Medizinische Vorgeschichte:

Begleitmedikation:

| Produkt | Dosis | Stärke | Applikation | Verabreichungshäufigkeit | Therapiebeginn (Datum) | Therapieende (Datum) | Indikation | Zusammenhang mit NW (ja/nein) |
|---------|-------|--------|-------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|-------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Weitere Erkrankungen:

Meldung über den Verdacht einer Nebenwirkung (NW) oder sonstigen PV-relevanten Information

bitte senden/faxen an:
Basics GmbH – Fax: 0800 8803883

| | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|---|---|
| Meldende Person ist: | <input type="checkbox"/> Patient/-in | <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Pfleger | <input type="checkbox"/> Apotheker/-in | <input type="checkbox"/> Betreuer/ kein(e) Angehörige(r) der Heilberufe | <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte angeben: |
|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|---|---|

Stimmen Sie einer Kontaktaufnahme mit Ihnen oder Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin durch die Arzneimittelsicherheit von der Basics GmbH zu? ja nein

Kontaktinformation der meldenden Person oder des behandelnden Angehörigen der Heilberufe.

Falls keine Zustimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten vorliegt, tragen Sie bitte "Kontakt verweigert" ein

Meldende Person:

| Vorname | Nachname | E-Mail | Telefonnummer | Faxnummer | Anschrift |
|---------|----------|--------|---------------|-----------|-----------|
| | | | | | |

Behandelnder Angehörige(r) der Heilberufe (auszufüllen, falls anders als meldende Person):

| Vorname | Nachname | E-Mail | Telefonnummer | Faxnummer | Anschrift |
|---------|----------|--------|---------------|-----------|-----------|
| | | | | | |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück an:

Basics GmbH
Hemmelrather Weg 201
51377 Leverkusen
Telefon: 0800 8803880
Telefax: 0800 8803883
E-Mail: info@basics.de
Internet: www.basics.de