

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Zahnärzte BZÄK/KZBV

Chausseestr. 13, 10115 Berlin -

Download: <http://www.bzaek.de/za-inneu.asp> - mail to: m.rahn@bzaek.de

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

Graue Felder
nicht ausfüllen!

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

lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aufgetreten am: _____ Dauer: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>																									

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge:	Applikation:	wegen:
-------------------------	---------------	--------------	--------

1.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										
2.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										
3.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										
4.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										

Vermuteter Zusammenhang mit:	dieses früher gegeben:	vertragen	ggf. Reexposition
Arzneimittel ? ? ? ?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>

Allgemeinerkrankung	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										
behandelt mit:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										

Anamnestiche Besonder	Nikotin <input type="checkbox"/>	Alkohol <input type="checkbox"/>	Schwangersch. <input type="checkbox"/>	Kontrazeptiva <input type="checkbox"/>	Arzneim.Abusus <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										
Sonstiges:																	
Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen:																	

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td><td style="width: 10px; height: 15px;"> </td></tr> </table>										
wiedhergest. <input type="checkbox"/>	wiedhergest.m. Defekt <input type="checkbox"/>	noch nicht wiederherge. <input type="checkbox"/>	unbekannt: <input type="checkbox"/>	Exitus <input type="checkbox"/>							
(ggf. Befund beifügen) Todesursache:											

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

Bericht erfolgte zusätzlich an:	BfArM <input type="checkbox"/>	Hersteller <input type="checkbox"/>	Arznei.-Komm.Ärzte <input type="checkbox"/>	
sonstige				Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>

Name des Zahnarztes - bitte unbedingt angeben! <small>(eventuell Stempel)</small>	Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum: Bearbeiter
Praxisname:		
Straße/Haus-Nr.		
PLZ/Ort:		
Telefon/Fax:		