

## **BERICHT ÜBER UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNGEN** (auch Verdachtsfälle)

An die Arzneimittelkommission der deutschen Heilpraktiker - Stufenplanbeteiligte nach § 63 AMG -

Maarweg 10 / 53123 Bonn / Tel. 0228 / 962 899 00 / Fax 0228 / 962 899 01 / E-Mail : amk@ddh-online.de

Patientenname :  
Geburtsdatum :  
Geschlecht :  
Größe des Patienten :  
Gewicht des Patienten :  
Schwangerschaftswoche :

### **Beobachtete unerwünschte Wirkungen :**

aufgetreten am :  
Dauer :

**Arzneimittel** / Darreichungsform Tagesdosis Applikation gegeben von / bis wegen (Indikation) :  
Arzneimittelname / Chrg.-Nr. :

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel :

**Grunderkrankung** / Begleiterkrankungen des Patienten :

### **Anamnestische Besonderheiten :**

Nikotin / Alkohol / Kontrazeptiva / Schrittmacher / Implantate / Strahlentherapie / physikal. Therapie / Diät / Allergien  
Stoffwechselfekte / Arzneimittelabusus / Sonstige :

**Veränderung von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung :** (ggf. Befund beifügen)  
**Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung :**

### **Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung :**

Wiederhergestellt / bleibender Schaden / noch nicht wiederhergestellt / unbekannt :

### **Beurteilung des Kausalzusammenhanges :**

gesichert / wahrscheinlich / möglich / unwahrscheinlich / un beurteilt / nicht zu beurteilen :

### **Wer wurde informiert :**

BfArM / Hersteller / Arzneimittelkommission der deutschen Heilpraktiker / Sonstige :

### **Name des Heilpraktikers :**

**Anschrift :**

**Datum / Unterschrift :**