Meldung von Arzneimittelrisiken

medisale
Hirsch Apotheke Lörrach

Hirsch-Apotheke
Apotheker Birger Bär eKfm
Tumringerstr. 180
D-79539 Lörrach

Tel. 07621 - 2122
Fax: 07621 - 14787
Internet: www.medisale.de
E-Mail: bestellung@medisale.de

Registergericht:
Amtsgericht Freiburg
Registernummer:
HRA 41003

Persönliche Daten

☐ Frau ☐ Herr

Firma

Krankenkasse

Titel

Vorname

Versichertennummer

Name

Telefon (tagsüber)

Straße und Hausnummer

Telefon (abends)

PLZ

Ort

Fax

Kunden-Nr. (falls vorhanden)

Geburtsdatum

E-Mail

Bezeichnung des Arzneimittels

PZN* Bezugsdatum: Verwendbar bis:

Bezeichung des Arzneimittels

Darreichungsform:**

Packungsgröße:

Hersteller/Importeur:

Chargen-Bezeichnung:

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes ** Tabletten, Saft, Creme usw.

Beanstandung der Produktqualität

(Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, Trübung usw.)*

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt?

Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert?

Worauf führen Sie die Mängel zurück?

*Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Originalverpackung an unsere Apotheke zurück.

Beanstandung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?

Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet?

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen?

morgens mittags abends

Seit wann nehmen Sie das Arzneimittel?

Erfolgte die Einnahme des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein? ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.

© apotitle