Berichtsbogen zur Meldung von Arzneimittelrisiken

APONEO
Deutsche Versand-Apotheke

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Berichtsbogen an folgende Adresse:

APONEO
Plauener Str. 163-165
13053 Berlin

Kostenlose Bestell-Hotline: 0800 44 00 200
Kostenloses Bestell-Fax: 0800 44 00 210
Email: info@aponeo.de

Sollten während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen auftreten, die sie in direkten Zusammenhang mit dem Arzneimittel bringen oder sollten Sie an Ihrem Arzneimittel einen Qualitätsmängel feststellen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen und evtl. das betreffende Arzneimittel an uns zurückzusenden.

Ihre Daten – *(Bitte ausfüllen, ausdrucken und unterschreiben)*

○ Frau ○ Herr

Geburtsdatum

Vorname

Name

Kunden-Nr. (falls vorhanden)

Strasse

Nr.

Telefon (für Rückfragen)

Fax

PLZ

Ort

E-Mail (falls vorhanden)

Bezeichnung der/des Arzneimittel(s)

Artikel-Nr./PZN (7-stellige Nr. Auf der Packung, meist neben Strichcode) falls bekannt	Name des Arzneimittels / Gesundheitsproduktes	Form (z.B. Tabletten, Gel, Spray)	Packungsgröße (z.B. 50 Stück, 100 ml)	Verwendbar bis: (TT.MM.JJ)	Bezugsdatum (TT.MM.JJ)

Anmerkung:

Beanstandung der Produktqualität *(Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung usw.)**

Welcher Qualitätsmangel wurde festgestellt?

Wo haben Sie die/das Arzneimittel gelagert?

Worauf führen Sie die Mängel zurück?

**Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Original-Verpackung an die Apotheke.*

Beanstandung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen:

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?

In welcher Dosierung haben Sie die/das Arzneimittel eingenommen?

Erfolgte Die Einnahme der/des Arzneimittel(s) auf Ärztliche Verordnung? ○ Ja ○ Nein

Seit wann nehmen Sie die/das Arzneimittel?

Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet?

Nehmen Sie die/das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein? ○ Ja ○ Nein

Ort, Datum

Unterschrift