

Berichtsbogen für vermutete unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK)
Heidestraße 7 • 10557 Berlin | Postfach 40364
Telefax: 030 40004-553 • Telefon: 030 40004-552

E-Mail amk@arzneimittelkommission.de
Internet www.arzneimittelkommission.de

Ein roter Rahmen markiert ein Pflichtfeld, welches für einen validen Bericht auszufüllen ist.

[Hinweise zum Ausfüllen erhalten Sie hier.](#)

1. Patient/in	2. Beobachtete unerwünschte Wirkung
Initialen (Nachname, Vorname) Geburtsdatum	
Geschlecht	Schwangerschaft
w m d	. Monat
Gewicht	Größe
kg	cm
	Aufgetreten am
	Dauer der UAW

3. Verdächtigtes Arzneimittel und Begleitmedikation

Arzneimittel/Handelsname/PZN	Chargen-Bezeichnung	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung	Indikation
				von	bis
1					
2					
3					
4					
5					

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 5

4. Krankheiten und andere individuelle Besonderheiten (z. B. Allergien, Rauchen, Alkohol, Leber-/Nierenfunktionsstörungen)	7. Folgen der vermuteten UAW
	Tod
	lebensbedrohend
	Krankenhausaufenthalt
	Krankenhausaufenthalt verlängert
	bleibende Schäden oder Behinderung
	vorübergehend schwer beeinträchtigt
	ohne Schaden erholt
	noch nicht erholt
	Sonstiges:
5. Relevante Untersuchungsergebnisse zur Abklärung der UAW (z. B. Laborwerte mit Datum)	Therapieabbruch nach UAW
	ja nein keine Angabe
	Besserung nach Therapieabbruch
	ja nein keine Angabe
	Verschlechterung nach erneuter Gabe
6. Maßnahmen/Therapie der UAW	ja nein keine Angabe

9. Apotheke

Anschrift	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	Apothekerkammer
Ansprechpartner/in	Datum

Zur Meldung von Qualitätsmängeln ohne Patientenbezug steht ein eigenes Online- bzw. PDF-Formular zur Verfügung.