

An die **Exeltis Germany GmbH**, Adalperostraße 84, 85737 Ismaning, Deutschland  
 Tel.: +49 (0)89 4520 529 0, Fax: +49 (0)89 4520 529 95, E-Mail: [arzneimittelsicherheit@exeltis.com](mailto:arzneimittelsicherheit@exeltis.com)

Fall-Nr.:	Eingangsdatum:	LPV:
<i>(wird von Mitarbeitern der Pharmakovigilanz vergeben)</i>		

ANNEX-006-02 V07.00

Produkt	Name <small>ggf. Wirkstoff(-e)</small>	Charge <small>(Ch.B./Lot)</small>	Dosis / Anwendungsart <small>(Bsp.: 1x tgl./oral)</small>	Wegen <small>(Indikation)</small>	Einnahmedauer (in TT-MM-JJJJ) & Fortgang <small>(falls pausiert: Bitte Zeitraum nennen)</small>
					Von: ___ . ___ . ____ bis: ___ . ___ . ____ <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> pausiert: <input type="checkbox"/> abgesetzt <input type="checkbox"/> nicht bekannt

Patient/in	Initialien	Geburtsdatum [TT-MM-JJJJ]	Alter [Jahre]	Geschlecht	Größe [cm]	Gewicht [kg]	Schwangerschaft	
				<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d			<input type="checkbox"/> ja (SSW: ___ ) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
	<b>Krankheiten und andere Risikofaktoren?</b> <small>(z.B. Grund-/Begleiterkrankungen, Allergien, Rauchen, Alkohol, etc.)</small> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt				<b>Falls ja, welche?</b>			
	<b>Einnahme/Anwendung weiterer Produkte?</b> <small>(z.B. Dauermedikation, weitere Medikamente, Impfungen, Nahrungsergänzungsmittel, etc.)</small> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt				<b>Falls ja, welche?</b>			
<b>Relevante Untersuchungsergebnisse vorliegend?</b> <small>(z.B. Laborwerte, Arztberichte)</small> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt				<b>Falls ja, welche?</b>				

**Hinweis:** Bitte verwenden Sie pro aufgetretene Nebenwirkung (Symptom) ein separates Feld

Nebenwirkung(-en)	Nebenwirkung:	Besserung nach Therapieabbruch	Folgen/Ausgang der Nebenwirkung
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> unverändert
		Verschlechterung nach erneuter Gabe	<input type="checkbox"/> auf dem Weg der Besserung
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt
		Therapie / Maßnahme (Bsp. Medikamente, etc.)	<input type="checkbox"/> bleibende Schäden
	Aufgetreten von/bis [TT-MM-JJJJ]		<input type="checkbox"/> lebensbedrohend
	Von: ___ . ___ . ____		<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (stationär)
	bis: ___ . ___ . ____		<input type="checkbox"/> Tod
			<input type="checkbox"/> nicht bekannt
	Nebenwirkung:	Besserung nach Therapieabbruch	Folgen/Ausgang der Nebenwirkung
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> unverändert
		Verschlechterung nach erneuter Gabe	<input type="checkbox"/> auf dem Weg der Besserung
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt
		Therapie / Maßnahme (Bsp. Medikamente, etc.)	<input type="checkbox"/> bleibende Schäden
	Aufgetreten von/bis [TT-MM-JJJJ]		<input type="checkbox"/> lebensbedrohend
	Von: ___ . ___ . ____		<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (stationär)
	bis: ___ . ___ . ____		<input type="checkbox"/> Tod
			<input type="checkbox"/> nicht bekannt
	Nebenwirkung:	Besserung nach Therapieabbruch	Folgen/Ausgang der Nebenwirkung
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> unverändert
		Verschlechterung nach erneuter Gabe	<input type="checkbox"/> auf dem Weg der Besserung
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> wiederhergestellt
		Therapie / Maßnahme (Bsp. Medikamente, etc.)	<input type="checkbox"/> bleibende Schäden
	Aufgetreten von/bis [TT-MM-JJJJ]		<input type="checkbox"/> lebensbedrohend
	Von: ___ . ___ . ____		<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (stationär)
	bis: ___ . ___ . ____		<input type="checkbox"/> Tod
			<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Bitte beachten Sie Seite 2

An die **Exeltis Germany GmbH**, Adalperostraße 84, 85737 Ismaning, Deutschland  
 Tel.: +49 (0)89 4520 529 0, Fax: +49 (0)89 4520 529 95, E-Mail: [arzneimittelsicherheit@exeltis.com](mailto:arzneimittelsicherheit@exeltis.com)

Fall-Nr.:	Eingangsdatum:	LPV:
<i>(wird von Mitarbeitern der Pharmakovigilanz vergeben)</i>		

**Hinweis:** Bitte verwenden Sie pro aufgetretene Nebenwirkung (Symptom) ein separates Feld

<b>Nebenwirkung(-en)</b>	Nebenwirkung:	<b>Besserung nach Therapieabbruch</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<b>Folgen/Ausgang der Nebenwirkung</b> <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> auf dem Weg der Besserung <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibende Schäden <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (stationär) <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> nicht bekannt
		<b>Verschlechterung nach erneuter Gabe</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
	Aufgetreten von/bis [TT-MM-JJJJ] Von: __. __. ____  bis: __. __. ____	Therapie / Maßnahme (Bsp. Medikamente, etc.)	
	Nebenwirkung:	<b>Besserung nach Therapieabbruch</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<b>Folgen/Ausgang der Nebenwirkung</b> <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> auf dem Weg der Besserung <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> bleibende Schäden <input type="checkbox"/> lebensbedrohend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt (stationär) <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> nicht bekannt
	<b>Verschlechterung nach erneuter Gabe</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt		
Aufgetreten von/bis [TT-MM-JJJJ] Von: __. __. ____  bis: __. __. ____	Therapie / Maßnahme (Bsp. Medikamente, etc.)		

<b>Meldende/r</b>	Name & Qualifikation	Adresse & Kontaktdaten (ggf. Stempel)
	E-Mail (zur Kommunikation)	
	Datum, Unterschrift	

<b>Kommentar</b>	Anmerkungen:
------------------	--------------

## Erläuterungen zum Ausfüllen

1. Bei der Meldung von Nebenwirkungen sind Angaben zur Person wie Initialen des Patienten (vorzugsweise in der Reihenfolge Nachname, Vorname), Geburtsdatum und Geschlecht unverzichtbar, v.a. um Doppelmeldungen zu erkennen und zu vermeiden.
2. Geben Sie bitte möglichst genau die Beschwerden/Symptome des Patienten und den Zeitpunkt des Auftretens sowie die Dauer an. Bei Verdacht auf Missbrauch wird um Schilderung der näheren Umstände gebeten (Menge, Dauer, Anzahl der Fälle usw.).  
Die Folgen und die Schwere der vermuteten Nebenwirkungen sollten, wenn möglich, dokumentiert werden.
3. Bitte genaue Bezeichnung des Produktes, PZN und ggf. Chargenbezeichnung angeben. Geben Sie bitte die Anwendungsdauer, die Dosierung und auch die Begleitmedikation an. Eine Einsendung des betreffenden Arzneimittels ist nur in (seltenen) Fällen notwendig, in denen als Ursache für eine Nebenwirkung ein Qualitätsmangel des Präparates vermutet wird.
4. Krankheiten und andere anamnestische Besonderheiten sollten in Erfahrung gebracht werden; diese Angaben sind wichtig für die Kausalitätsbewertung.
5. Sofern verfügbar, tragen Sie bitte relevante Untersuchungsergebnisse ein sowie ob Maßnahmen ergriffen wurden.
6. Um die Bearbeitung in der Pharmakovigilanz-Abteilung nicht zu verzögern und um ggf. erforderliche Rückfragen stellen zu können, wird die genaue Apothekenanschrift, Telefonnummer, Ansprechpartner/in und das Datum benötigt.

**Der Berichtsbogen kann digital ausgefüllt und per E-Mail versendet werden. Zusätzlich steht er als PDF-Dokument zum Download bereit und kann als Ausdruck per Fax bzw. Post verschickt werden.**

**Adresse:**

**Exeltis Germany GmbH  
Adalperostr. 84  
85737 Ismaning**

**Telefon:**

+49 (0)89 4520 529 0

**Fax:**

+49 (0)89 4520 529 95

**E-Mail:**

[arzneimittelsicherheit@exeltis.com](mailto:arzneimittelsicherheit@exeltis.com)

**Homepage:**

[www.exeltis.de](http://www.exeltis.de)