



Exeltis
Rethinking healthcare

Bericht über Verdachtsfälle auf Qualitätsmängel von Arzneimitteln
GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden vaginales WFS

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

Fall-Nr.:
Eingangsdatum:
(wird von Mitarbeitern der Pharmakovigilanz vergeben)

Erhalt der Meldung am:	Datum	
Angaben zur Meldequelle	Name	
	Qualifikation (Arzt, Apotheker, etc.)	
	Anschrift (oder Stempel der Apotheke/Praxis)	
	E-Mail	
	Telefonnummer	
	Faxnummer	
Informationen zum Arzneimittel	Genauere Bezeichnung GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden vaginales WFS	
	Chargenbezeichnung (Ch.-B.: LF...)	Verfall
	auf Faltschachtel und innerem Behältnis stimmt überein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Packungsgröße <input type="checkbox"/> 1 Ring-Packung <input type="checkbox"/> 3 Ring-Packung <input type="checkbox"/> 6 Ring-Packung
	Seriennummer (SN)	PC/NTIN (0415...)
	Beanstandungsmuster vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beanstandung der pharmazeutischen Qualität	Welcher Defekt trat auf?	
	(Einsendung von Fotos, Kopien o.ä. per E-Mail wird erbeten. Bei einem benutzten Ring sind Fotos des Ringes bzw. der Ringe und der Umverpackung mit sichtbarer Chargennummer ausreichend. Wir bitten von einer Zusendung bereits benutzter Ringe per Post abzusehen.) Anzahl der defekten Ringe: _____	



**Bericht über Verdachtsfälle auf Qualitätsmängel von Arzneimitteln
GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden vaginales WFS**

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

Fall-Nr.:
Eingangsdatum:
(wird von Mitarbeitern der Pharmakovigilanz vergeben)

	Wann wurde der Defekt festgestellt? <input type="checkbox"/> vor der Anwendung <input type="checkbox"/> während der Anwendung (nach ___ Tagen)	
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Traten im Zusammenhang mit dem Qualitätsmangel auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?	
Kommentar		
Gewährleistung	<input type="checkbox"/> Ersatzware an Apotheke über den Logistikdienstleister Loxxess USt-IdNr. der Apotheke: _____ oder <input type="checkbox"/> Gutschrift an Apotheke über folgenden Großhandel: _____ (Großhandel, Ort)	
	<p>WICHTIG: Um einen reibungslosen Ablauf der Ersatzlieferung zu ermöglichen schicken Sie bitte vorab Ihre Apothekenbetriebserlaubnis per Fax an unseren Logistikdienstleister Loxxess +49 (0) 8171 483 58 390.</p> <p>Bei Rückfragen bzgl. der Ersatzlieferung bzw. Gutschrift kontaktieren Sie bitte unseren Logistikdienstleister Loxxess unter der Telefonnummer +49 (0) 8171 48358 300.</p>	
Formular ausgefüllt durch:	Datum	Unterschrift

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular schnellstmöglich, spätestens aber innerhalb von 24 Stunden, per E-Mail: arzneimittelsicherheit@exeltis.com oder per Fax: +49 89 4520529 95 an uns zurück.

Sobald Ihre Meldung bearbeitet wurde, erhalten Sie eine Eingangsbestätigung mit Vorgangsnummer an die oben angegebene E-Mail-Adresse.



Bericht über Verdachtsfälle auf Qualitätsmängel von Arzneimitteln
GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden vaginales WFS

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

Fall-Nr.:
Eingangsdatum:
(wird von Mitarbeitern der Pharmakovigilanz vergeben)

Ausfüllanleitung:

1. Sie sollten **mindestens die Minimalkriterien** erfassen, d.h. wenigstens je eine Angabe zur Meldequelle, zum verdächtigen Arzneimittel und zur Beanstandung der Qualität machen.
2. Notieren Sie **so viele Angaben wie möglich**.
3. Achten Sie auf den **Datenschutz der Patientenangaben** (nie vollen Namen und/oder Adresse oder andere Angaben, die den Patienten identifizierbar machen, wie Patientenummer o.ä. erfassen oder weitergeben).
4. Wenn Sie sich verschrieben haben, korrigieren Sie die falsche Information durch durchstreichen und unterschreiben Sie die korrigierte Stelle mit Ihren Initialen und Datum. (Die falsche Angabe muss noch lesbar bleiben).
Bsp.: Korrektur des Wirkstoffs durch Max Mustermann am 05.10.2015: ~~Levonorgestrel~~
Drospirenon 05.10.2015 MM
5. Sollten Sie mehr Platz brauchen, nehmen Sie ein leeres Blatt Papier und beschriften dies so, dass es klar zuzuordnen ist und versehen dies mit Datum.