

## Mitteilung zur Meldung von Arzneimittelrisiken

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Wenn Sie Mängel an der Qualität Ihres bestellten Arzneimittels oder unerwünschte Nebenwirkungen nach der Einnahme des Medikamentes feststellen, können Sie uns dies mit diesem Vordruck mitteilen und ihn zusammen mit dem beanstandeten Medikament an uns zurückschicken. - Vielen Dank!

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Nummer \_\_\_\_\_  
 Plz, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
**Angaben zum Patienten** Geschlecht  m  w geboren am \_\_\_\_\_

**Bezeichnung des Arzneimittels** \_\_\_\_\_  
 Darreichungsform (Tabletten, Saft, Creme usw.) \_\_\_\_\_  
 Packungsgröße \_\_\_\_\_ Hersteller/Importeur \_\_\_\_\_  
 Chargen-Bez. \_\_\_\_\_ Verwendbar bis \_\_\_\_\_

**Mängel an der Produktqualität \*** (Deklaration, Verpackung, Zersetzung, Verfärbung, Verwechslung, usw.)  
 \*Bitte senden Sie das Arzneimittel in der Original-Verpackung an unsere Apotheke zurück.

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Wo haben Sie das Arzneimittel gelagert? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Worauf führen Sie die Mängel zurück? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Beanstandungen aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel angewendet? \_\_\_\_\_  
 Erfolgte die Anwendung des Arzneimittels auf ärztliche Verordnung? Ja  Nein   
 Seit wann wenden Sie das Arzneimittel an? \_\_\_\_\_  
 Welche anderen Arzneimittel werden (wurden) angewendet? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Wenden Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin an? Ja  Nein

Ich akzeptiere die Datenschutzhinweise und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und weiß, dass mir bei einer Bestellung als Verbraucher das gesetzliche Widerrufsrecht im Fernabsatz zusteht. Die Einzelheiten der Voraussetzung und der Folgen kann ich in der Widerrufsbelehrung für Verbraucher nachlesen. Bei Rezeptbestellungen können Sie Rückfragen an den ausstellenden Arzt richten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_