



TRB AG Chemedica  
Tel: 089 / 46 14 83 - 0  
E-mail: [pharmacovigilance@trbchemedica.de](mailto:pharmacovigilance@trbchemedica.de)

## Meldebogen zu unerwünschten Nebenwirkungen

### 1. Kontaktinformation des Berichterstatters/Reporters

Name	Einrichtung	Straße	PLZ/Stadt	Telefonnummer/ Faxnummer	E-Mail-Adresse

Arzt     Apotheker     Angehörige anderer Gesundheitsberufe     Rechtsanwalt     sonstige \_\_\_\_\_

Patient (Falls Sie ein Patient sind, haken Sie bitte die folgende Option ab, damit wir Ihren behandelnden Arzt für eine detaillierte Berichterstattung kontaktieren können)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass TRB Chemedica AG in Deutschland meinen behandelnden Arzt kontaktieren darf und die von mir bereitgestellten personenbezogenen Daten zur Bearbeitung meiner Nebenwirkungsmeldung verarbeiten darf

Behandelnder Arzt: Name: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

### 2. Patienteninformation

Initialen (Vor-/Nachname)	Geschlecht	Schwangerschaft	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Alter oder Altersgruppe (bitte ausfüllen, wenn keine Angabe zum Geburtsdatum vorliegt)
____ / ____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Ja (Im wievielten Monat bzw. in wievielter Schwangerschaftswoche? _____) <input type="checkbox"/> Nein		

Weitere Informationen (z.B Krankengeschichte, besondere Risikofaktoren)



TRB AG Chemedica  
Tel: 089 / 46 14 83 - 0  
E-mail: [pharmacovigilance@trbchemedica.de](mailto:pharmacovigilance@trbchemedica.de)

### Meldebogen zu unerwünschten Nebenwirkungen

#### 3. Information zum berichteten Ereignis/zur Nebenwirkung

Beschreibung der Symptome bzw. der Nebenwirkungen	Wurden Sie aufgrund der berichteten Symptome stationär behandelt bzw. ins Krankenhaus eingewiesen?	Wann sind die Symptome aufgetreten?	Sind die Symptome inzwischen schon vollständig oder teilweise abgeklungen? Falls ja, wann sind diese abgeklungen?
	<input type="checkbox"/> Ja (von wann bis wann _____) <input type="checkbox"/> Nein		

#### 4. Information zum angewendeten Produkt

Name des Produkts	Chargennummer	Verfallsdatum	Wofür wird das Produkt angewendet?	Dosierung	Dauer der Behandlung

Weitere Informationen zur Anwendung des Produkts (relevante Begleitmedikation)