

# Formblatt zur Meldung unerwünschter Ereignisse bei der Anwendung von Tierarzneimitteln

<b>Empfänger des Formulars:</b>  <b>Dechra Veterinary Products</b> <b>GmbH A-6850 Dornbirn</b>  <b>E-Mail: at.phv@dechra.com</b> <b>Fax-Nr.: 05572-4024299</b>	<i>Nur für interne Angaben</i>  <b>Fall-Nummer:</b>
---	---

Unerwünschtes Ereignis betrifft	NAME UND ANSCHRIFT DES EINSSENDENDEN	NAME UND ANSCHRIFT DES TIERBESITZERS
<b>Sicherheit</b> bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> <b>Wirksamkeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Wartezeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Umweltprobleme</b> <input type="checkbox"/>	Tierarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>  Tel.: _____ Fax: _____	(gemäß nationalem Recht)

**PATIENT(EN)**    Tier ☐    Mensch ☐ (Wenn Menschen betroffen sind, genügt es Alter und Geschlecht anzugeben.)

Tierart	Rasse	Geschlecht	Status	Alter	Gewicht	Grund der Behandlung
		weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	kastriert <input type="checkbox"/> trächtig <input type="checkbox"/>			

**TIERARZNEIMITTEL, DIE VOR DEM AUFTRETEN DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG VERABREICHT WURDEN**  
*(Falls mehr Mittel gleichzeitig verabreicht werden als Kästchen zur Verfügung stehen, bitte dieses Formular kopieren.)*

	1	2	3
<b>Handelsname des verabreichten Tierarzneimittels</b>			
Darreichungsform und Stärke (z. B. 100 mg-Tabletten)			
Charge: verwendbar bis:			
Zulassungsnummer			
Art der Anwendung / Applikationsort			
Dosierung / Dosierungsintervall z. B. 1 Tablette, 2 x täglich			
Dauer der Behandlung/ Exposition Behandlungsbeginn: Behandlungsende:			
Wer verabreichte das Tierarzneimittel? (Tierarzt, Besitzer, andere Person)			
Wurde das Arzneimittel früher schon einmal bei dem betroffenen Tier verabreicht?			
Meinen Sie, diese Wirkung ist auf das Arzneimittel zurückzuführen?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Wurde der Arzneimittelhersteller informiert?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>

<b>UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG</b> Aufgetreten am: Datum _____	<b>Zeit zwischen Verabreichung und Auftreten der unerwünschten Wirkung</b> in Minuten, Stunden oder Tagen: _____	Anzahl behandelter Tiere _____	<b>Dauer der unerwünschten Wirkung</b> in Minuten, Stunden oder Tagen _____
		Anzahl reagierender Tiere _____	
		Anzahl toter Tiere _____	

**BESCHREIBUNG DES EREIGNISSES**  
*(Sicherheit bei Tieren bzw. Menschen / mangelnde Wirksamkeit/Wartezeit/Umweltprobleme)*

**Falls eine unerwünschte Wirkung behandelt wurde, bitte angeben: Wie und womit und mit welchem Ergebnis!**

Gesundheitszustand vor der Behandlung:

Beschreibung des Ereignisses:

**EREIGNIS BEIM MENSCHEN (In diesem Fall bitte unteres Feld komplett ausfüllen.)**

- Kontakt mit dem behandelten Tier ☐
- Orale Einnahme ☐
- Selbstinjektion ☐
- Sonstiges (absichtlich....) ☐

- Hautkontakt ☐
- Augenkontakt ☐

Finger☐ Hand ☐ Gelenk ☐ andere Stelle ☐

Höhe der Dosis:

Ihre Angaben werden gemäß Datenschutzgesetz vertraulich behandelt.

**Datum:** \_\_\_\_\_
 **Ort:** \_\_\_\_\_
 **Name und Unterschrift des Einsenders:** \_\_\_\_\_

**Kontakt-Telefonnr.** (falls von der auf Seite 1 angegebenen Nummer abweichend)