

**Meldung unerwünschter Wirkungen von Tierarzneimitteln
Formblatt für Meldungen von Tierbesitzern/Tierhaltern**

Bitte senden Sie dieses Formular an:

Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)
Abteilung Tierarzneimittel, Referat 304 / Postmarketing
Mauerstraße 39 - 42
D-10117 Berlin

Fax: 03018-44430409
E-Mail: uaw@bvl.bund.de

Tel.:03018-44430444
Website: www.bvl.bund.de

VERTRAULICH
Nur für interne Angaben
Geschäftszeichen:

Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) betrifft	NAME UND ANSCHRIFT DES EINSENDERS	NAME UND ANSCHRIFT DES TIERARZTES
Nebenwirkung bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> Wirksamkeit <input type="checkbox"/> Wartezeit <input type="checkbox"/> Umweltprobleme <input type="checkbox"/>	Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Tierhalter <input type="checkbox"/> Tierpfleger <input type="checkbox"/> Tel.: _____ Fax: _____	

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.)

Handelsname des verabreichten Tierarzneimittels	1	2	3
	Darreichungsform und Stärke (z. B. Tabletten 100 mg)		
Zulassungsnummer			
Chargennummer			
Art der Anwendung / Applikationsort			
Dosierung / Dosierungsintervall			
Dauer der Behandlung/Exposition Behandlungsbeginn: Behandlungsende:			
Wer verabreichte das Tierarzneimittel? (Tierarzt, Besitzer, andere Person)			
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"/>
Wurde der Tierarzt 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"/>

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

BESCHREIBUNG DES EREIGNISSES
(Nebenwirkung bei Tieren bzw. Menschen/mangelnde Wirksamkeit/Wartezeit/Umweltprobleme)
Bitte ebenfalls angeben, ob die unerwünschte Wirkung behandelt wurde, wie und womit und mit welchem Ergebnis?

ANDERE RELEVANTE ANGABEN (z. B. Kopien über durchgeführte oder laufende Untersuchungen, Kopie des medizinischen Berichts, wenn Menschen betroffen sind)

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

- Kontakt mit dem behandelten Tier
- Orale Einnahme
- Hautkontakt
- Augenkontakt
- Selbstinjektion Finger Hand Gelenk andere Stelle
- Sonstiges (absichtlich....)

Höhe der Dosis:

Sofern Sie nicht damit einverstanden sind, dass Ihr Name und Ihre Anschrift für eventuelle Rückfragen an den Arzneimittelhersteller/Tierarzt übermittelt werden, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an.

Datum: _____ **Ort:** _____ **Name und Unterschrift des Einsenders:** _____

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